

## **TABLE DES ANNEXES AU REGLEMENT INTERIEUR**



- **ANNEXE 1 :** Règlement intérieur du Conseil de surveillance
- **ANNEXE 2 :** Règlement intérieur du Directoire
- **ANNEXE 3 :** Règlement intérieur de la Commission médicale d'établissement
- **ANNEXE 4 :** Règlement intérieur des Comités consultatifs médicaux
- **ANNEXE 5 :** Règlement intérieur du Comité social d'établissement
- **ANNEXE 6 :** Règlement intérieur de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
  
- **ANNEXE 7 :** Charte de gouvernance
- **ANNEXE 8 :** Règlement intérieur de la Commission consultative paritaire
- **ANNEXE 9 :** Règlement intérieur de la Commission des marchés
- **ANNEXE 10 :** Charte de l'activité libérale
- **ANNEXE 11 :** Charte de conciliation médicale
- **ANNEXE 12 :** Charte Transparence et probité
- **ANNEXE 13 :** Règles internes relatives aux astreintes médicales dans le cadre de la permanence des soins

- **ANNEXE 14 :** Règlement intérieur de la délégation scientifique à la recherche clinique et à l'innovation (DSRI)
- **ANNEXE 15 :** Charte éthique du mécénat
- **ANNEXE 16 :** Règlement intérieur du comité du mécénat
- **ANNEXE 17 :** Guide de bonnes pratiques d'utilisation des réseaux sociaux
- **ANNEXE 18 :** Chartes pour l'usage du Système d'Information : charte de l'utilisateur, charte de l'administrateur, charte du prestataire
- **ANNEXE 19 :** Règlement intérieur du Comité d'éthique
- **ANNEXE 20 :** Règlement intérieur de la Commission des usagers



**REGLEMENT INTERIEUR**

**CONSEIL DE SURVEILLANCE**

***CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX***

# SOMMAIRE

<b>TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES.....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>TITRE 2 - LES ATTRIBUTIONS DU CONSEIL DE SURVEILLANCE.....</b>	<b>- 4 -</b>
CHAPITRE 1. LES COMPETENCES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....	- 4 -
<b>TITRE 3 - LA COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....</b>	<b>- 6 -</b>
CHAPITRE 2. LES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....	- 6 -
CHAPITRE 3. LA PRESIDENCE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....	- 7 -
CHAPITRE 4. LES DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE .....	- 8 -
<b>TITRE 4 - LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE.....</b>	<b>- 10 -</b>
CHAPITRE 5. LE FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE.....	- 10 -
<b>TITRE 5 – MISE EN OEUVRE .....</b>	<b>- 12 -</b>
CHAPITRE 6. ENTREE EN VIGUEUR .....	- 12 -
CHAPITRE 7. REVISION .....	- 13 -

## **CADRE REGLEMENTAIRE**

Vu la loi en date du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu la loi de santé en date du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé ;

Vu la loi de transformation de la fonction publique en date du 6 août 2019 ;

Vu les articles L. 6143-1, L. 6143-4, L. 6143-5, L. 6143-6 du code de la santé publique ;

Vu le décret en date du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements de santé ;

Vu les articles R. 6143-1 à R. 6143-16 du code de la santé publique ;

Vu l'instruction DGOS/PF1/2010/112 en date du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le règlement intérieur du CHU de Bordeaux ;

**IL EST ARRETE CE QUI SUIT :**

## **TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES**

### ***DISPOSITIONS GENERALES***

#### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur a pour finalité de définir les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux. Ce règlement intérieur s'inscrit dans le cadre de l'application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et conformément aux dispositions des articles R. 6143-1 et suivants du code de la santé publique.

## **TITRE 2 : LES ATTRIBUTIONS DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

### ***CHAPITRE 1 : COMPETENCES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE***

#### **ARTICLE 2 : MISSIONS**

Le conseil de surveillance du CHU de Bordeaux se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

#### **ARTICLE 3 : DELIBERATIONS**

Le conseil de surveillance délibère sur les sujets suivants :

##### *Concernant la stratégie de l'établissement*

- le projet d'établissement
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement <sup>(1)</sup>
- le rapport annuel d'activité présenté par le directeur général <sup>(1)</sup>
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

A cet effet, le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur ce rapport et sur la gestion de l'établissement

##### *Concernant les affaires financières, le patrimoine et les coopérations*

- le compte financier et les résultats, après avoir entendu le rapport des Commissaires aux comptes de l'établissement, <sup>(2)</sup>

---

<sup>(1)</sup> Délibérations exécutoires si le Directeur Général de l'ARS ne fait pas opposition dans les 2 mois qui suivent la réception de la délibération

<sup>(2)</sup> Délibération exécutoire de plein droit dès réception par le Directeur Général de l'ARS

- la convention constitutive des CHU et les conventions passées conjointement avec l'université et d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés susceptibles d'être associés aux diverses missions hospitalo-universitaires de soins, de recherche et d'enseignement, <sup>(1)</sup>
- tout projet tendant à une fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
- la convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres du directoire ou du conseil de surveillance,
- lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification, la nomination du commissaire aux comptes.

#### **ARTICLE 4 : AVIS**

Le conseil de surveillance donne son avis sur les sujets suivants :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat;
- la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire,
- le règlement intérieur de l'établissement.

#### **ARTICLE 5 : INFORMATIONS**

Le conseil de surveillance entend le directeur général sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, sur le programme d'investissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement ainsi que de ses modifications.

Il se voit également présenté le bilan de la commission d'activité libérale conformément aux dispositions de l'article R. 6154-11 du code de la santé publique.

#### **ARTICLE 6 : DISPOSITIONS COMPLEMENTAIRES**

À tout moment, le conseil de surveillance peut opérer les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le directeur communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

## **TITRE 3 : COMPOSITION DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

### **CHAPITRE 2 : LES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

#### **ARTICLE 7 : LES MEMBRES AYANT VOIX DELIBERATIVE**

Les membres du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux sont nommés par décision du directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.

Conformément à l'article R. 6143-3 du code de la santé publique, le conseil de surveillance se compose de 15 membres répartis en 3 collèges de 5 membres chacun.

1° Au titre du collège 1 « Représentants des collectivités territoriales » :

- le maire de la ville de Bordeaux, ou le représentant qu'il désigne ;
- un représentant de la communauté urbaine de Bordeaux « Bordeaux Métropole » ;
- un représentant du département de la Gironde ;
- un représentant du département des Landes ;
- un représentant du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine.

2° Au titre du collège 2 « Représentants du personnel » :

- un membre désigné par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- deux membres désignés par la commission médicale d'établissement ;
- deux membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives, compte-tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement.

3° Au titre du collège 3 « Personnalités qualifiées » :

- deux personnalités qualifiées désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.
- trois personnalités qualifiées désignées par le préfet d'Aquitaine, préfet de la Gironde, dont au moins deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

La composition en vigueur de l'instance, arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine est annexée au présent règlement intérieur pour information.

#### **ARTICLE 8 : LES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE AYANT VOIX CONSULTATIVE**

Sont invités à participer aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative :

- le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, ou son représentant
- le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire ;
- le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;

- le directeur de la caisse d'assurance maladie de Gironde ou son représentant désigné en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
- un représentant des familles des résidents accueillis dans les unités de soins de longue durée et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du CHU de Bordeaux ;

Le directeur général du CHU de Bordeaux ou, en cas d'empêchement, son représentant, assiste aux séances du conseil de surveillance afin d'apporter toute l'information nécessaire aux membres de ce conseil. Il peut se faire assister par les collaborateurs de son choix.

Le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 du code de la santé publique.

Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour des séances du conseil de surveillance.

#### **ARTICLE 9 : MEMBRE INVITE A TITRE PERMANENT AUX SEANCES**

Le président de l'université de Bordeaux participe au conseil de surveillance du CHU de Bordeaux comme invité permanent, au titre des liens et partenariats hospitalo-universitaires privilégiés développés entre les deux institutions.

#### **ARTICLE 10 : PRESENCE DE PERSONNALITES INVITEES**

Le président du conseil de surveillance, en concertation avec le directeur général du CHU de Bordeaux, peut inviter des personnalités réputées pour leur compétence ou leur expertise soit à titre permanent, soit à titre ponctuel au regard des questions inscrites à l'ordre du jour.

### ***CHAPITRE 3 : LA PRESIDENCE DU CONSEIL DE SURVEILLANCE***

#### **ARTICLE 11 : LE PRESIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

Le président du conseil de surveillance est élu pour une durée de cinq ans par les membres du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux ayant voix délibérative. Il est issu du collège des membres représentant les collectivités territoriales ou du collège des personnalités qualifiées.

Lorsque ses fonctions de membre du conseil de surveillance prennent fin, son mandat prend également fin.

#### **ARTICLE 12 : ELECTION DU PRESIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

L'élection du président du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux se déroule par scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés.

Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La réunion au cours de laquelle le conseil de surveillance procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge.

#### **ARTICLE 13 : LE VICE-PRESIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

Le président du conseil de surveillance désigne, parmi les représentants du collège des collectivités territoriales et de leurs groupements ou du collège des personnalités qualifiées, un vice-président, qui préside le conseil de surveillance en son absence.

#### **ARTICLE 14 : VACANCE DES FONCTIONS**

En cas de vacance des fonctions de président du conseil de surveillance et de vice-président, ou en l'absence de ces derniers, la présidence des séances est assurée par le doyen d'âge des membres du conseil de surveillance parmi les représentants du collège des collectivités territoriales et de leurs groupements et du collège des personnalités qualifiées.

### ***CHAPITRE 4 : DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE***

#### **ARTICLE 15 : INCOMPATIBILITES DE MANDAT**

Nul ne peut-être membre du conseil de surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il encourt l'une des incapacités prévues par l'article. 6 du code électoral.
- s'il est membre du directoire du CHU de Bordeaux ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt, direct ou indirect, dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privé qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique ;
- s'il est lié au CHU de Bordeaux par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1 du code de la santé publique, ni aux membres prévus au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 (du même code) ou pris en application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 (du même code) ;
- s'il est agent salarié de l'établissement ; toutefois cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;
- s'il exerce une autorité sur le CHU de Bordeaux en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.

#### **ARTICLE 16 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

La durée de la fonction de membre de conseil de surveillance est de cinq ans.

#### **ARTICLE 17 : FIN DE MANDAT ET CESSATION DE FONCTIONS**

Le mandat des membres du conseil de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés, sous réserve des dispositions suivantes :

- le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Cependant, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.
- le mandat des membres désignés par les organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Cependant, ces membres continuent de siéger au sein du conseil de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Les membres du conseil de surveillance qui tombent sous le coup des incompatibilités ou incapacités prévues à l'article 9 du présent règlement démissionnent de leur mandat. A défaut, ils sont déclarés démissionnaires d'office par le Directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil de surveillance est réputé démissionnaire. Le Directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Lorsqu'un membre cesse ses fonctions avant l'expiration normale de son mandat, il est pourvu, dans le délai de trois mois, à son remplacement sous les mêmes formes. Dans ce cas, le mandat du nouveau membre prend fin à la date où aurait cessé celui du membre qu'il a remplacé.

#### **ARTICLE 18 : ENGAGEMENTS CONTRACTUELS**

Toute convention entre le CHU de Bordeaux et l'un des membres de son conseil de surveillance fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'un des membres du Conseil de Surveillance est directement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'établissement par personne interposée.

Sous peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au conseil de surveillance qu'elle se trouve dans l'une des deux situations mentionnées ci-dessus.

#### **ARTICLE 19 : CONFIDENTIALITE**

Les membres du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux, ainsi que les autres personnes présentes, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel discutées en séance ou échangées dans le cadre de l'exercice de leur mandat.

#### **ARTICLE 20 : GRATUITE DES FONCTIONS**

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit.  
Toutefois, les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions selon les règles et les tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.  
Les membres représentant les usagers bénéficient, pour l'exercice de leur mandat, du congé de représentation prévu à l'article L. 3142-60 du code du travail.

#### **ARTICLE 21 : ABSENCES**

En cas d'empêchement ne lui permettant pas d'assister à une réunion du conseil de surveillance, le membre du conseil de surveillance devra, hors cas de force majeure, en informer au préalable le secrétariat général du CHU de Bordeaux.

## **TITRE 4 : FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

### **CHAPITRE 5 : FONCTIONNEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE**

#### **ARTICLE 22 : CONVOCATIONS**

Le conseil de surveillance se réunit sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres. Dans ce dernier cas, la demande est adressée par écrit au président du conseil de surveillance, avec copie au directeur général de l'établissement, en précisant les questions devant être inscrites à l'ordre du jour de cette séance extraordinaire.

En cas d'empêchement du président du conseil de surveillance, la convocation peut être signée par le vice-président.

Les convocations à la première séance du conseil de surveillance sont adressées par le directeur général, président du directoire.

#### **ARTICLE 23 : ORDRE DU JOUR**

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé au moins sept jours à l'avance à l'ensemble des membres du conseil de surveillance ainsi qu'aux personnes qui y siègent avec voix consultative. Les documents afférant à l'ordre du jour sont adressés à chacun des membres du conseil de surveillance par voie postale ou par voie dématérialisée.

En cas d'urgence, le délai mentionné à l'alinéa précédent peut être abrégé par le président.

#### **ARTICLE 24 : QUORUM**

Le conseil de surveillance du CHU de Bordeaux ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance, soit 8 membres.

Toutefois, après une convocation régulière, et lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion du conseil de surveillance est organisée dans un délai de 3 à 8 jours. Le quorum n'est plus requis lors de cette seconde séance.

Dans ce cas, le conseil de surveillance peut décider en début de séance le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une réunion ultérieure

A l'occasion de cette seconde réunion, la délibération est réputée valable quelque soit le nombre de membres présents.

#### **ARTICLE 25 : REGLES DE DEPORT :**

L'éventualité d'un conflit d'intérêt n'interdit pas la participation du membre du Conseil de surveillance à la séance concernée. Toutefois, et conformément à la législation en vigueur il devra s'abstenir de délibérer sur le sujet en question.

L'application des règles de dépôts en cas de conflit d'intérêt devra être notifiée au procès - verbal de la réunion.

#### **ARTICLE 26 : DEROULEMENT DES SEANCES**

Les séances du conseil de surveillance ne sont pas publiques.

#### **ARTICLE 27 : SECRETARIAT DE SEANCE**

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du directeur général du CHU de Bordeaux.

#### **ARTICLE 28 : OUVERTURE ET CLOTURE DES SEANCES**

Le président prononce l'ouverture ainsi que la clôture des débats.

#### **ARTICLE 29 : PRISE DE PAROLE**

Le président du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux dirige les débats.

Tout membre du conseil de surveillance ayant voix délibérative et voix consultative sont autorisés à prendre la parole après en avoir fait la demande au président. La parole est accordée suivant l'ordre des demandes.

Le président du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux est garant du bon déroulement des séances. Il dispose d'un pouvoir de police des débats. Il met un terme aux propos contraires à la loi, au règlement et aux bonnes mœurs.

#### **ARTICLE 30 : NOMBRE DE SEANCES**

Le nombre minimum des séances du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux ne peut être inférieur à quatre par an.

#### **ARTICLE 31 : MODALITES DE VOTES**

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à bulletin secret si l'un des membres présents en fait la demande. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

#### **ARTICLE 32 : REGISTRE DES DELIBERATIONS ET AVIS**

Les délibérations et avis sont tenus dans un registre, sous la responsabilité du directeur général du CHU de Bordeaux.

Ce registre est tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public, qui peuvent le consulter sur place. Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

#### **ARTICLE 33 : TRANSMISSION DES DELIBERATIONS ET AVIS**

Les délibérations et avis sont transmis sans délai par le directeur général du CHU de Bordeaux au directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine.

**ARTICLE 34 : DIFFUSION DES COMPTE-RENDUS DE SEANCES**

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les 15 jours suivant chaque réunion.

## **TITRE 5 : MISE EN OEUVRE**

### **CHAPITRE 6 : REVISION**

#### **ARTICLE 35 : MODIFICATIONS, REVISION**

Le présent règlement intérieur est révisé à chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend contraire à la loi. Il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de celle-ci.

Le présent règlement intérieur peut être modifié, en tant que de besoin, par décision du président du conseil de surveillance après avis des membres pris à la majorité simple.

En outre, il peut être révisé à chaque fois que le président, le tiers des membres du conseil de surveillance l'estiment opportun, et selon les règles de droit commun applicables aux délibérations.

### **CHAPITRE 7 : ENTREE EN VIGUEUR**

#### **ARTICLE 36 : PUBLICITE ET ENTREE EN VIGUEUR**

Le présent règlement intérieur est communiqué à l'ensemble des membres du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux.

Le présent règlement intérieur entre en vigueur pour une période indéterminée dès la date de son adoption par l'ensemble des membres du conseil de surveillance du CHU de Bordeaux. Il en sera de même pour toute modification ultérieure telle qu'envisagé à l'article 34 du présent règlement.

Il est inscrit, comme document annexe, dans le cadre du règlement intérieur du CHU de Bordeaux.

Fait à Bordeaux, le ... .. 2020

Le président du conseil de surveillance  
du CHU de Bordeaux

Pierre HURMIC



REGLEMENT INTERIEUR

DIRECTOIRE

*CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX*

# SOMMAIRE

<b>TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES</b> .....	<b>- 4 -</b>
<b>TITRE 2 - LES ATTRIBUTIONS DU DIRECTOIRE</b> .....	<b>- 4 -</b>
CHAPITRE 1. LES COMPETENCES DU DIRECTOIRE.....	- 4 -
<b>TITRE 3 - LA COMPOSITION DU DIRECTOIRE</b> .....	<b>- 5 -</b>
CHAPITRE 2. LES MEMBRES DU DIRECTOIRE.....	- 5 -
CHAPITRE 3. LES MEMBRES INVITES DU DIRECTOIRE .....	- 6 -
CHAPITRE 4. LE DIRECTEUR, PRESIDENT DU DIRECTOIRE .....	- 6 -
CHAPITRE 5. LE PREMIER VICE-PRESIDENT DU DIRECTOIRE.....	- 7 -
CHAPITRE 6. DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU DIRECTOIRE .....	- 7-
<b>TITRE 4 - LE FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE</b> .....	<b>- 9 -</b>
CHAPITRE 7. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE.....	- 9 -
<b>TITRE 5 – MISE EN OEUVRE</b> .....	<b>- 11 -</b>
CHAPITRE 8. REVISION .....	- 11 -
CHAPITRE 9. ENTREE EN VIGUEUR .....	- 11 -

## **CADRE REGLEMENTAIRE**

Vu la loi en date du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et notamment ses articles 10 et 131;

Vu la loi en date du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé ;

Vu la loi en date du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;

Vu les articles L. 6143-7, L. 6143-7-3, L. 6143-5-5, du code de la santé publique ;

Vu les décrets n° 2009-1765 et 2009-1762 en date du 30 décembre 2009 relatifs au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé, ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire des établissements de santé ;

Vu les articles D. 6143-33 à D. 6143-35-5, et D. 6143-37 à D. 6143-37-5 du code de la santé publique ;

Vu l'instruction DHOS/E1/2010/75 du 25 Février 2010 relative à la mise en œuvre du directoire au sein des établissements publics de santé ;

Vu le règlement intérieur du CHU de Bordeaux ;

**IL EST CONVENU CE QUI SUIT :**

# **TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES**

## ***DISPOSITIONS GENERALES***

### **ARTICLE 1<sup>er</sup> : OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur a pour finalité de définir les règles et les modalités de fonctionnement applicables au directoire du CHU de Bordeaux. Ce règlement intérieur s'inscrit dans le cadre de l'application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## **TITRE 2 : LES ATTRIBUTIONS DU DIRECTOIRE**

### **CHAPITRE 1 : COMPETENCES DU DIRECTOIRE**

#### **ARTICLE 2 : MISSIONS**

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

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

#### **ARTICLE 3 : VOTE**

Le directoire approuve par un vote à la majorité simple le projet médical de l'établissement.

#### **ARTICLE 4 : CONCERTATION**

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le directoire est saisi, par le président, pour concertation préalable sur les sujets suivants :

##### Concernant la stratégie de l'établissement

- le projet d'établissement,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- la participation à un groupement hospitalier de territoire (GHT) et la participation à des actions de coopération ou aux réseaux de santé,
- les prises de participation et les créations de filiale.

##### Concernant les affaires financières et le patrimoine

- le programme d'investissement, après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et les activités médico-sociales ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans ;
- les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat, et les conventions de location ;

- les délégations de service public ;
- le cas échéant, le plan de redressement présenté à l'ARS ;

#### Concernant l'organisation interne du CHU de Bordeaux

- l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- les conventions passées entre l'établissement et les membres du conseil de surveillance ou du directoire ;
- les conditions de réalisation et d'encadrement des activités de présentation, d'information ou de promotion des produits de santé ou de formation notamment à leur utilisation, particulièrement en vue du respect des chartes mentionnées aux articles L. 162-17-8 et L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale ;
- les mesures à mettre en place en cas d'événements entraînant une perturbation des organisations de soins notamment des situations sanitaires exceptionnelles.

#### Concernant les ressources humaines et l'organisation du travail

- le bilan social et la définition des modalités d'une politique d'intéressement ;
- la politique sociale, les conditions et l'organisation du travail ;

#### Concernant la politique de qualité et de sécurité des soins

- 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.

### **ARTICLE 5 : INFORMATIONS DU DIRECTOIRE**

Le Directoire est informé sur les sujets suivants :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le bilan d'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT).

## **TITRE 3 : COMPOSITION DU DIRECTOIRE**

### **CHAPITRE 2 : LES MEMBRES DU DIRECTOIRE**

#### **ARTICLE 6 : LES MEMBRES DE DROIT**

Le directoire du CHU de Bordeaux est composé de 9 membres.

Sont membres de droit du directoire :

- Le directeur général de l'établissement, qui en est le président ;
- Le président de la commission médicale d'établissement (CME), 1<sup>er</sup> vice-président chargé des affaires médicales ;
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;
- Le vice-président doyen ;
- Le vice-président de la recherche.

## **ARTICLE 7 : LES MEMBRES NOMMÉS**

Participent aux séances du directoire les membres nommés par le directeur général, président du directoire du CHU de Bordeaux :

- le directeur général adjoint du CHU de Bordeaux ;
- le secrétaire général du CHU de Bordeaux ;
- les deux vice-présidents de la commission médicale d'établissement.

La composition nominative du directoire du CHU de Bordeaux, arrêtée par le directeur général, est annexée au présent règlement intérieur.

## **CHAPITRE 3 : LES MEMBRES INVITES DU DIRECTOIRE**

### **ARTICLE 8 : LES MEMBRES INVITES A TITRE PERMANENT**

Sont invités à participer aux séances du directoire :

- Le président du collège de chirurgie ;
- Le chef de pôle Anesthésie-Réanimation ;
- Le président de la fédération de cancérologie ;
- Les présidents des trois comités médicaux consultatifs (CCM) de site
  - ❖ le président du CCM du groupe hospitalier Pellegrin,
  - ❖ le président du CCM du groupe hospitalier Saint-André,
  - ❖ le président du CCM du groupe hospitalier Sud,
- Les directeurs des trois groupes hospitaliers du CHU de Bordeaux
  - ❖ le directeur du groupe hospitalier Pellegrin,
  - ❖ le directeur du groupe hospitalier Saint-André,
  - ❖ le directeur du groupe hospitalier Sud.
- Un ou une représentant(e) des usagers

### **ARTICLE 9 : PRESENCE DE PERSONNALITES INVITEES**

En fonction des points inscrits à l'ordre du jour, le président du directoire peut inviter des personnalités extérieures au directoire réputées pour leur compétence ou leur expertise à titre ponctuel. Ces personnes sont conviées par le président du directoire, et interviennent pour le sujet sur lequel leur présence est demandée.

## **CHAPITRE 4 : LE DIRECTEUR, PRESIDENT DU DIRECTOIRE**

### **ARTICLE 10 : LE PRESIDENT DU DIRECTOIRE**

Le directeur général du CHU de Bordeaux est le président du directoire.

### **ARTICLE 11 : POUVOIR DE NOMINATION**

Le président du directoire du CHU de Bordeaux nomme et peut révoquer les membres du directoire, après information du conseil de surveillance, à l'exception des membres de droit.

Le président du directoire du CHU de Bordeaux nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales, sur présentation d'une liste de propositions établie conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et par le directeur de l'unité de formation médicale et de recherche médicale.

Cette liste comportant au moins trois noms est présentée au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande.

En cas de désaccord constaté par le directeur général concernant les noms portés sur la liste qui lui a été transmise ou lorsque cette même liste soumise est incomplète, le directeur général peut demander une nouvelle liste sous 15 jours. A défaut, il nomme les membres de son choix.

Le Président du directoire du CHU de Bordeaux nomme également le vice-président chargé de la recherche sur présentation d'une liste de proposition établie conjointement par le président de l'institut national de santé et de la recherche médicale (INSERM), et du président de l'université de Bordeaux, et par le vice-président doyen.

Cette liste comportant au moins trois noms, est présentée au directeur dans un délai de 30 jours à compter de sa demande.

En cas de désaccord constaté par le directeur général concernant les noms portés sur la liste qui lui a été transmise ou lorsque cette même liste soumise est incomplète, le directeur général peut demander une nouvelle liste sous 15 jours. A défaut, il nomme le membre de son choix.

## **CHAPITRE 5 : LE PRESIDENT DE LA CME, 1<sup>er</sup> VICE-PRESIDENT DU DIRECTOIRE**

### **ARTICLE 12 : LE 1<sup>er</sup> VICE-PRESIDENT DU DIRECTOIRE**

Le président de la CME est le 1<sup>er</sup> vice-président du directoire du CHU de Bordeaux chargé des affaires médicales.

### **ARTICLE 13 : MISSIONS DU 1<sup>er</sup> VICE-PRESIDENT DU DIRECTOIRE**

Le président de la commission médicale d'établissement, 1<sup>er</sup> vice-président du directoire, est chargé, conjointement avec le directeur général, 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, sous réserve des attributions de la commission médicale d'établissement.

Le 1<sup>er</sup> vice-président est chargé du suivi de cette politique.

Il peut organiser des évaluations internes à cette fin.

Il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, qui résultent notamment des inspections des autorités de tutelle et de la procédure de certification.

Il présente au directoire le programme d'actions proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en vertu de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique.

Le président de la commission médicale d'établissement, 1<sup>er</sup> vice-président du directoire, élabore avec le directeur général et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il en assure le suivi de la mise œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le président de la commission médicale d'établissement, 1<sup>er</sup> vice-président du directoire, coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

- Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;
- Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;
- Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

- Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;
- Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

## **CHAPITRE 6 : DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DU DIRECTOIRE**

### **ARTICLE 14 : INCOMPATIBILITES DE MANDAT**

Les membres du directoire ne peuvent être membres du conseil de surveillance.

### **ARTICLE 15 : DUREE DU MANDAT DES MEMBRES DU DIRECTOIRE**

La durée de la fonction de membre de conseil de surveillance est de quatre ans.

### **ARTICLE 16 : FIN DE MANDAT ET CESSATION DE FONCTIONS**

La cessation de fonctions de tous les membres du directoire est automatique lorsqu'un nouveau directeur général est nommé.

La cessation de fonctions de tous les membres médicaux du directoire, hormis le vice-président chargé de la recherche et le vice-président doyen, est automatique lorsqu'un nouveau président de la commission médicale d'établissement est désigné.

Le mandat d'un membre du directoire prend également fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou qu'il cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire.

En cas de vacance de poste de l'un des membres du directoire désignés, le directeur général doit procéder à la nomination d'un nouveau membre dans les plus brefs délais. Cette désignation est réalisée conformément à la procédure prévue par la réglementation.

### **ARTICLE 17 : ENGAGEMENTS CONTRACTUELS**

Toute convention entre le CHU de Bordeaux et l'un des membres de son directoire fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Il en est de même des conventions auxquelles l'un des membres du directoire est directement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'établissement par personne interposée.

Sous peine de révocation de ses fonctions au sein de l'établissement, la personne intéressée est tenue, avant la conclusion de la convention, de déclarer au Conseil de Surveillance qu'elle se trouve dans l'une des deux situations mentionnées ci-dessus.

### **ARTICLE 18 : CONFIDENTIALITE**

Les membres du directoire sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations portées à leur connaissance lors des séances du directoire.

**ARTICLE 19 : GRATUITE DES FONCTIONS**

Les fonctions de membres du directoire sont exercées à titre gratuit.

## **TITRE 4 : FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE**

### **CHAPITRE 7 : ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU DIRECTOIRE**

#### **ARTICLE 20 : CONVOCATIONS**

Le directoire du CHU de Bordeaux est réuni sur convocation de son président.

Les convocations sont adressées par courrier électronique, accompagnées d'un ordre du jour et des documents et rapports nécessaires à la concertation. Ces transmissions sont assurées par le secrétariat général du CHU sur décision du directeur général.

#### **ARTICLE 21 : ORDRE DU JOUR**

L'ordre du jour est arrêté par le président du directoire. Le 1<sup>er</sup> vice-président du directoire est préalablement sollicité pour l'inscription de sujets à l'ordre du jour.

#### **ARTICLE 22 : QUORUM**

Les débats au sein du directoire se déroulent valablement quel que soit le nombre des participants présents.

#### **ARTICLE 23 : VOTE ET RECUEIL D'AVIS**

L'approbation du projet médical donne lieu à un vote à la majorité simple.

A l'exception du projet médical, l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour du directoire ne donne pas lieu à vote mais à la recherche d'une position consensuelle entre les membres du directoire. A défaut le président peut demander une deuxième saisine du directoire pour poursuivre la concertation.

#### **ARTICLE 24 : PUBLICITE DES SEANCES**

Les séances ne sont pas publiques. Toutefois, le président du directoire peut inviter toute personne compétente en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour, ainsi que prévu à l'article 9 du présent règlement intérieur.

#### **ARTICLE 25 : SECRETARIAT DE SEANCE**

Le secrétariat des séances est assuré à la diligence du directeur général du CHU de Bordeaux.

**ARTICLE 26 : NOMBRE DE SEANCES**

Le directoire se réunit au moins huit fois par an. Un calendrier des séances est établi par anticipation par le directeur général du CHU de Bordeaux, en lien avec le premier vice-président.

**ARTICLE 27 : DIFFUSION DES COMPTES-RENDUS DE SEANCES**

Un relevé de conclusions est établi et adressé à l'ensemble des membres du directoire. Son approbation définitive est sollicitée par le directeur général du CHU de Bordeaux lors de la séance du directoire qui suit.

## **TITRE 5 : MISE EN OEUVRE**

### ***CHAPITRE 8 : REVISION***

#### **ARTICLE 28 : MODIFICATIONS, REVISION**

Le présent règlement intérieur est révisé à chaque fois qu'une modification législative ou réglementaire le rend contraire à la loi. Il ne peut en aucun cas faire obstacle à l'application de celle-ci.

Le présent règlement Intérieur peut être modifié, en tant que de besoin, par décision du Président du Directoire du CHU de Bordeaux après concertation avec les membres.

### ***CHAPITRE 9 : ENTREE EN VIGUEUR***

#### **ARTICLE 29 : PUBLICITE ET ENTREE EN VIGUEUR**

Dans le respect des textes en vigueur, le règlement intérieur du directoire est arrêté, après concertation avec les membres du directoire, par le président.

Le présent règlement intérieur est communiqué à l'ensemble des membres du Directoire du CHU de Bordeaux.

Ce document est intégré dans le règlement intérieur général du CHU de Bordeaux.

Le présent règlement intérieur entre en vigueur pour une période indéterminée dès la date de sa signature par le Président du directoire du CHU de Bordeaux.

Fait à Talence, le 04/01/2020

Le Président du Directoire du CHU de Bordeaux

Yann BUBIEN

# Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement du CHU de Bordeaux

**MARS 2023**

## **Article 1. Objet du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales et réglementaires applicables à la commission médicale d'établissement.

Il détermine:

- les compétences de la CME
- sa composition
- l'élection de ses membres
- l'élection du Président et des Vice-présidents
- le fonctionnement de la CME
- les sous-commissions et comités consultatifs médicaux

## **Chapitre 1 : Compétences de la commission médicale d'établissement**

### **Article 2. Stratégie de l'établissement**

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

- les projets de délibération du conseil de surveillance :
  - le projet d'établissement,
  - la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées avec d'autres établissements de santé dans une perspective hospitalo-universitaire,
  - le compte financier et l'affectation des résultats,
  - tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé,
  - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement,
  - toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance,
  - les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement,
  - Les prises de participation et les créations de filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats, et exploiter des brevets et des licences ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement ;
- l'organisation interne de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- la convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ;
- le projet médical de l'établissement ;
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement ;
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement ;

- la politique de formation des étudiants et internes ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social ;
- le règlement intérieur de l'établissement ;
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est informée sur :

- le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
- les contrats de pôle ;
- le bilan annuel des tableaux de service ;
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

### **Article 3. Missions sur le plan de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur.

### **Article 4. Missions sur le plan des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

La commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- l'organisation des parcours de soins.

### **Article 5. Programme d'actions relatif à la qualité et la sécurité des soins et la prise en charge des usagers**

La commission médicale d'établissement propose au directeur général du CHU un programme d'actions concernant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux liés aux soins.

Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de

moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme.

La commission médicale d'établissement élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

#### **Article 6. Attributions spécifiques dans le domaine du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux**

La commission médicale d'établissement élabore :

- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
- un bilan des actions d'amélioration en la matière ;
- la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
- des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments.

Le programme d'actions contribue au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il comprend, le cas échéant, les actions nécessaires pour mettre en œuvre les engagements fixés dans le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

Il est intégré au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Sur le plan de la matériovigilance et de la traçabilité des dispositifs médicaux, la commission médicale d'établissement donne un avis préalable à la décision du directeur général fixant la procédure écrite selon laquelle les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité sont recueillies, conservées et rendues accessibles.

#### **Article 7. Affaires financières et patrimoine**

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

- le plan global de financement pluriannuel ;
- le plan de redressement ;
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

La commission médicale d'établissement est informée sur :

- la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

#### **Article 8. Organisation interne de l'établissement**

La commission médicale d'établissement est consultée sur le règlement intérieur de l'établissement.

Elle est consultée sur l'organisation interne de l'établissement et informée sur les contrats de pôle.

#### **Article 9. Ressources humaines, organisation du travail, et procédures disciplinaires**

##### ***Article 9.1. Ressources humaines et organisation du travail***

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

- l'organisation interne de l'établissement ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;

- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- la politique de formation des étudiants et internes ;
- la politique de recrutement des emplois médicaux ;
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques, élaboré par la sous-commission visée à l'article 31 du présent règlement intérieur, et arrêté par le directeur général du CHU ;
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Elle est informée sur :

- le bilan annuel des tableaux de service
- Sur l'activité libérale de ses praticiens

### ***Article 9.2. Procédures disciplinaires***

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

- les procédures disciplinaires et d'insuffisance professionnelle concernant les praticiens hospitaliers ;
- les procédures de licenciement concernant les praticiens contractuels et les praticiens attachés.

## **Chapitre 2 : Composition de la commission médicale d'établissement**

### **Article 10. Membres avec voix délibérative**

La commission médicale d'établissement est composée de membres répartis en **cinq Collèges**.  
La composition des collèges A et B garantit une représentation des disciplines médicales existantes (médecine, chirurgie, biologie, anesthésie-réanimation, pharmacie, odontologie) et des différents statuts des praticiens titulaires.

**Le Collège A** assure la représentation des structures.

1. Collège A1 regroupe l'ensemble des chefs de pôles hospitalo-universitaires d'activités cliniques ou médico-techniques
2. Collège A2 : 10 représentants élus des responsables de services ou structures assimilées. Les disciplines sont représentées selon la répartition suivante :
  - Médecine : ..... 4 représentants
  - Chirurgie : ..... 2 représentants
  - Biologie : ..... 1 représentant
  - Anesthésie-Réanimation : ..... 1 représentant
  - Pharmacie ..... 1 représentant
  - Odontologie ..... 1 représentant

**Le Collège B** assure la représentation des praticiens titulaires. Il est constitué de 29 représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement et assure une représentation équilibrée des différentes disciplines :

1. Collège B1 : 14 personnels enseignants et hospitaliers, à l'exception des chefs de pôle et responsables de services ou structures assimilées. Professeurs des universités-praticiens hospitaliers et maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers sont électeurs dans des collèges communs.
  - Médecine : 4 professeurs des universités-praticiens hospitaliers et 1 maître de conférences des universités-praticien hospitalier
  - Chirurgie : 3 professeurs des universités-praticiens hospitaliers et 1 maître de conférences des universités-praticien hospitalier
  - Biologie : 1 professeur des universités-praticien hospitalier et 1 maître de conférences des universités-praticien hospitalier
  - Anesthésie-réanimation : 1 professeur des universités-praticien hospitalier ou maître de conférences des universités-praticien hospitalier
  - Odontologie : 1 professeur des universités-praticien hospitalier ou maître de conférences des universités-praticien hospitalier
  - Pharmacie : 1 professeur des universités-praticien hospitalier ou maître de conférences des universités-praticien hospitalier
2. Collège B2 : 15 personnels hospitaliers à l'exception des chefs de pôle et responsables de services ou structures assimilées ayant opté pour la représentation dans le collège A2.
  - Médecine : ..... 6 Praticiens Hospitaliers
  - Urgences : ..... 1 Praticien Hospitalier
  - Chirurgie : ..... 3 Praticiens Hospitaliers
  - Biologie : ..... 2 Praticiens Hospitaliers
  - Anesthésie-réanimation : ..... 2 Praticiens Hospitaliers
  - Pharmacie : ..... 1 Praticien Hospitalier

Le **Collège C**, constitué de 6 représentants, assure la représentation des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral. Il est constitué de :

1. Collège C1 : 3 représentants élus par et parmi les praticiens hospitaliers universitaires, les chefs de clinique des universités/assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires
2. Collège C2 : 1 représentant parmi les praticiens attachés effectuant au moins trois demi-journées par semaine
3. Collège C3 : 1 représentant parmi les assistants des hôpitaux ;
4. Collège C4 : 1 représentant élu par les praticiens contractuels parmi les praticiens contractuels ayant plus de 6 mois d'ancienneté dans l'établissement exerçant au moins 5 demi-journées

Le **Collège D**, est composé de 4 représentants des internes, dont un interne de médecine générale, un interne de médecine des autres spécialités, un interne de pharmacie et un interne d'odontologie. Ainsi que de 4 représentants des étudiants hospitaliers, dont un représentant des étudiants hospitaliers en médecine, un représentant des étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant des étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant des étudiants en maïeutique.

Le **Collège E**, assure une représentation du personnel maïeutique, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions. Il comprend 2 sages-femmes.

#### **Article 11. Membres avec voix consultative**

Assistent à la commission médicale d'établissement avec voix consultative :

1. le président du directoire ou son représentant ;
2. le directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ;
3. le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie ;
4. le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
5. le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. le praticien responsable de l'information médicale ;
7. le représentant du comité social d'établissement, élu en son sein ;
8. le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
9. le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;

Le directeur du Collège des sciences de la santé de l'Université de Bordeaux, de même que les présidents de CCM non élus à la CME, sont membres invités permanents de la CME.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

S'il n'en est pas déjà membre, le président de la commission médicale d'établissement y invite aussi le médecin chef du service santé, travail, environnement.

## **Chapitre 3 : Election des membres de la commission médicale d'établissement**

### **Article 12. Modalités d'élection des membres de la CME**

Hormis les représentants des internes et les membres avec voix consultative, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits.

Un deuxième tour de scrutin est organisé si l'ensemble des sièges des titulaires et suppléants n'a pas été pourvu au premier tour. L'élection s'effectue alors à la majorité relative des suffrages exprimés.

En cas d'égalité de voix au premier comme au second tour, l'élu est désigné au bénéfice de l'âge.

### **Article 13. Personnels ayant qualité d'électeurs**

Sont électeurs les praticiens, titulaires ou contractuels, en position d'activité à la date de la clôture définitive de la liste électorale.

Chaque électeur ne peut être inscrit que sur l'une des listes électorales correspondant à son collège d'appartenance. Nul ne peut être électeur ou éligible au sein de plusieurs collèges. Les listes sont détaillées ci-après :

- Chefs de pôle (A1)
- Responsables de services ou structures assimilées en médecine (A2)
- Responsables de services ou structures assimilées en chirurgie (A2)
- Responsables de services ou structures assimilées en biologie (A2)
- Responsables de services ou structures assimilées en anesthésie-réanimation (A2)
- Responsables de services ou structures assimilées en pharmacie (A2)
- Responsable de services ou structures assimilées en odontologie (A2)
- Médecins PU-PH et MCU-PH (B1)
- Chirurgiens PU-PH et MCU-PH (B1)
- Biologistes PU-PH et MCU-PH (B1)
- Anesthésistes-réanimateurs PU-PH et MCU-PH (B1)
- Pharmaciens PU-PH et MCU-PH (B1)
- Odontologues PU-PH et MCU-PH (B1)
- Médecins PH (B2)
- Chirurgiens PH (B2)
- Biologistes PH (B2)
- Anesthésistes-réanimateurs PH (B2)
- Pharmaciens PH (B2)
- Personnels temporaires praticiens hospitaliers universitaires, chefs de clinique des universités/assistants des hôpitaux, assistants hospitaliers universitaires (C1)
- Personnels temporaires assistants des hôpitaux
- Praticiens attachés effectuant au moins trois demi-journées par semaine (C2)
- Personnels temporaires praticiens contractuels exerçant au moins 5 demi-journées par semaine
- Sages-femmes (E)

Lors de l'établissement des listes électorales, les chefs de pôle et les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires titulaires responsables de services ou structures assimilées sont inscrits sur les listes du collège A sauf demande expresse de leur part (inscription dans l'un des collèges B).

#### **Article 14. Eligibilité**

Sont éligibles l'ensemble des personnels inscrits sur la liste électorale appartenant au collège, discipline ou catégorie concernée, sous réserve des exceptions explicitement prévues par un décret ou arrêté relatif à la commission médicale d'établissement.

##### ***Article 14.1. Exceptions***

Par exception, les personnels mentionnés ci-après ne sont pas éligibles :

- 1° Praticiens hospitalo-universitaires effectuant une année de stage, en application de l'article 54 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié et de l'article 15 du décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 modifié,
- 2° Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel effectuant une année probatoire en application des articles R.6152-13 et R.6152-210 du Code de la Santé Publique,
- 3° Praticiens associés (assistants généralistes associés, assistants spécialistes associés, praticiens attachés associés),
- 4° Personnels en congés de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à temps plein à la date de clôture des listes,
- 5° Dans leur centre hospitalier universitaire d'origine, des personnels enseignants et hospitaliers affectés dans un centre hospitalier en vertu des dispositions prévues par l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

##### ***Article 14.2. Dispositions particulières relatives à l'éligibilité***

Les personnels médicaux d'un centre hospitalier universitaire, affectés dans un établissement associé par convention, en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, au centre hospitalier universitaire, sont électeurs dans le centre hospitalier universitaire considéré et dans l'établissement où ils sont affectés : ces personnels sont éligibles uniquement dans l'établissement où ils sont affectés.

Lorsque des praticiens hospitaliers partagent leurs activités entre deux établissements, ils peuvent siéger dans chacune des commissions médicales d'établissement, où y sont électeurs et éligibles pour autant que l'activité qu'ils exercent dans chacun des établissements soit au moins égale à l'activité minimale exigée d'un praticien à temps partiel dans la même discipline.

## **Article 15. Organisation des élections**

### **- Etablissement des listes électorales :**

Les listes électorales sont préparées par la DAM.

Une attention particulière devra être portée sur les disciplines hospitalo-universitaires mixtes (cliniques, biologiques), le critère d'affectation dans les collèges étant la discipline mentionnée sur l'arrêté de nomination.

Un mois au moins avant le scrutin et durant 8 jours, le directeur général publie par voie d'affichage la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges, et pour chaque catégorie.

Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations visant les erreurs ou omissions de ces listes. Le directeur général statue alors sans délai.

### **- Date des élections :**

La date des élections est fixée par le directeur général du CHU, après avis du président de la commission médicale d'établissement en exercice.

Le directeur général communique la date des élections par voie d'affichage au moins un mois avant le déroulement du scrutin, ainsi que les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin.

### **- Recueil des candidatures et publicité :**

Quinze jours au moins avant la date du scrutin, toute personne souhaitant se porter candidate adresse une déclaration de candidature signée indiquant ses nom, prénom, qualité ainsi que le collège, la discipline et la catégorie au titre desquels elle se présente.

Elle en informe le bureau de la CME ainsi que le directeur des Affaires médicales, qui vérifient la recevabilité de cette candidature au regard des listes électorales.

La liste des candidats est affichée par le directeur général du CHU au moins dix jours avant la tenue du scrutin.

### **- Vérification de l'identité des électeurs:**

Toute personne qui souhaite prendre part au scrutin doit justifier, auprès du bureau de vote, de son identité.

### **- Vote par correspondance :**

Le vote par correspondance est autorisé. Il s'effectue au moyen du matériel mis à disposition des électeurs par le CHU, et conformément aux instructions données.

Cet envoi doit parvenir au bureau de vote avant la clôture du scrutin par la voie postale ou par remise à la direction de l'établissement conformément aux instructions données à l'occasion de chaque scrutin.

### **- Dépouillement :**

Le dépouillement s'effectue, en public, dès la clôture du scrutin en présence du président de la commission en exercice et de deux candidats désignés par tirage au sort.

Sera considéré comme nul :

- tout bulletin comportant plus de noms que de membres à élire dans le collège considéré,
- tout bulletin comportant le nom d'une personne ne figurant pas sur la liste des candidats pour ce siège,
- tout bulletin blanc,
- tout bulletin ou enveloppe portant un signe distinctif quelconque.

Les bulletins sont valables s'ils comportent moins de noms que de membres à élire dans le collège considéré.

**- Proclamation des résultats :**

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin puis immédiatement affiché pendant six jours francs.

Durant ce délai, tout électeur peut adresser au directeur général une réclamation sur la validité des opérations électorales.

Au terme du délai d'affichage, le directeur général du CHU proclame les résultats, arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement ainsi que la liste des suppléants, puis convoque les membres de la commission en vue de l'élection de son président.

**Article 16. Titulaires et suppléants**

Les qualités de titulaire et de suppléant ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

La désignation des titulaires et des suppléants s'opère par ordre décroissant du nombre de voix obtenues par chacun des candidats.

Sont déclarés élus, en qualité de titulaires, les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix dans la limite du nombre de sièges à pourvoir; sont déclarés élus, en qualité de suppléants, les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, par ordre décroissant.

En cas d'égalité de voix, les sièges sont attribués au bénéfice de l'âge.

**Article 17. Durée du mandat**

La durée du mandat est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

**Article 18. Désignation des représentants des internes et des étudiants**

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire, après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liés par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement.

**Article 19. Cessation des fonctions**

Lorsque, en cours de mandat, un titulaire démissionne, est empêché, ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente, il est remplacé par le premier suppléant.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à l'issue du terme prévu du mandat des membres qui ont été remplacés.

En cas d'insuffisance du nombre de suppléants, il est aussitôt procédé à des nouvelles élections partielles, dans la catégorie et la discipline concernée.

## **Chapitre 4 : Election du président et des vice-présidents de la commission médicale d'établissement**

### **Article 20. Modalités d'élection du président et des vice-présidents**

La commission élit son président et deux vice-présidents parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

La commission élit, en son sein, son président parmi les personnels enseignants et hospitaliers et au moins un vice-président parmi les praticiens hospitaliers titulaires (premier vice-président). En cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement.

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. Le président est alors élu à la majorité relative.

En cas d'égalité de voix entre candidats arrivés en tête, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

### **Article 21. Durée du mandat du président de la commission médicale d'établissement**

La durée du mandat de président de la commission médicale d'établissement est de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

### **Article 22. Incompatibilités**

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

### **Article 23. Cessation de fonction et fin de mandat**

Les fonctions de président et de vice-présidents de la commission médicale d'établissement prennent fin au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui les ont élu.

Toute démission anticipée du président doit être présentée au président du directoire. Dans ce cas, ou en cas d'empêchement ou d'absence prolongée ou de démission du président de la commission médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le premier vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

## **Chapitre 5 : Fonctionnement de la commission médicale d'établissement**

### **Article 24. Modalités de fonctionnement de la Commission**

Le président de la commission médicale d'établissement s'assure du bon fonctionnement de la commission.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

### **Article 25. Réunions**

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour, selon un calendrier prévisionnel établi en début d'année.

Elle est aussi réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé, sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

### **Article 26. Ordre du jour**

Sauf urgence, l'ordre du jour est arrêté par le Président de la commission médicale d'établissement et envoyé aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en qualité d'experts au moins sept jours avant la tenue de la commission médicale d'établissement..

Les demandes d'inscription à l'ordre du jour doivent parvenir au moins dix jours avant la séance au président de la commission médicale d'établissement.

En fonction des points inscrits à l'ordre du jour, tout praticien peut être invité à la commission médicale d'établissement pour une question le concernant.

### **Article 27. Experts invités**

Des personnalités extérieures compétentes sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission médicale d'établissement ou des différents comités ou commissions peuvent être appelés à intervenir en séance à l'invitation du président de la Commission.

### **Article 28. Obligation de discrétion professionnelle**

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

### **Article 29. Quorum et opérations de vote**

La commission ne peut délibérer valablement que lorsqu'au moins la moitié de ses membres ayant voix délibérative est présente.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 3 à 10 jours avec un ordre du jour identique. La commission peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Sauf procédure de vote à bulletin secret demandée par l'un des membres de la commission, la voix du président est prépondérante, s'il y a partage égal des voix. Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

**Article 30. Bureau de la CME**

La CME constitue un bureau composé de:

- son président
- ses vice-présidents
- les trois présidents des comités consultatifs médicaux
- des praticiens titulaires de l'établissement désignés à sa qualité par le président

## **Chapitre 6 : Commissions et comités de la commission médicale d'établissement, représentation de la CME au sein des autres instances du CHU**

### **Article 31. Sous-commissions de la CME**

Dans le cadre de ses attributions réglementaires, la commission s'appuie sur 12 commissions et comités. La Commission peut créer des commissions et comités supplémentaires.

- **Commission de l'organisation et de la permanence des soins (COPS),**
- **Comité de lutte contre la douleur (CLUD),**
- **Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH),**
- **Commission des admissions et des consultations non programmées (CANP),**
- **Qualité et sécurité des soins,**
- **Développement professionnel continu (DPC), évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et pertinence des soins**
- **Commission des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (COMEDIM)**
- **Commission des anti-infectieux (COMAI),**
- **Commission de l'informatique médicale (CIM),**
- **Partenariats, relations ville-hôpital et outils de communication (PAREO),**
- **Prévention, éducation thérapeutique et promotion de la santé (PEPS),**
- **Attractivité et accompagnement des carrières (C2A).**

### **Article 32. Présidence, composition et organisation des commissions et comités de la CME**

#### ***Article 32.1. Présidence des commissions et comités***

La commission médicale d'établissement désigne, parmi ses membres, un président et un ou plusieurs vice-présidents pour chacune des commissions ou comités de la CME.

La désignation des présidents et vice-présidents assure, pour chacune des commissions et comités, la parité entre, d'une part, les personnels enseignants et hospitaliers et, d'autre part, les praticiens hospitaliers.

#### ***Article 32.2. Composition et organisation des commissions et comités***

Les membres des commissions et comités sont désignés, parmi les praticiens de l'établissement, par le bureau de la commission médicale d'établissement. Le président en informe la commission médicale d'établissement ainsi que la direction du CHU.

Chaque commission et comité adopte son règlement intérieur. Les commissions et comités peuvent être organisés en plusieurs groupes de travail en fonction de leurs compétences.

### **Article 33. Représentation de la CME auprès des autres instances du CHU**

Le conseil de surveillance comprend 2 représentants médicaux désignés par la CME en son sein.

La CME désigne en son sein 3 représentants pour siéger au comité social d'établissement, avec voix consultative.

**Article 34. Entrée en vigueur et actualisation du règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur est arrêté par le directeur général du CHU, après concertation avec le directoire, et avis de la CME, et du conseil de surveillance.

Ce règlement sera actualisé selon les mêmes procédures pour intégrer les nouvelles dispositions légales et réglementaires. Il sera intégré au règlement intérieur du CHU de Bordeaux, également arrêté par son directeur général.

Talence, le 1<sup>er</sup> mars 2023

Professeur Nicolas GRENIER  
Président de la CME

**P<sup>r</sup> GRENIER Nicolas**  
Président de la CME  
Centre Hospitalier  
Universitaire de Bordeaux



# Règlement intérieur des comités consultatifs médicaux du CHU de Bordeaux

## **Article 1. Objet du présent règlement intérieur**

Le présent règlement intérieur a pour objet de rappeler :

- la composition de chacun des comités consultatifs médicaux (CCM)
- leur composition
- leurs missions
- les modalités d'élection du président et du vice-président
- les attributions du président et du vice-président
- les caractéristiques du bureau et de l'assemblée générale de chacun des CCM.

## **Article 2. Composition de chacun des CCM**

Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux est doté, pour chacun de ses trois groupes hospitaliers, d'un comité consultatif médical qui représente les praticiens du site.

Chaque comité consultatif médical est composé de l'ensemble des médecins, odontologistes et pharmaciens titulaires (professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers temps plein, praticiens des hôpitaux à temps partiel) du site.

Le directeur de chaque groupe hospitalier participe aux travaux du comité consultatif médical du site et peut être accompagné des collaborateurs de son choix.

## **Article 3. Missions des comités consultatifs médicaux**

Chaque comité consultatif médical est un lieu de communication, d'échanges et de propositions entre les praticiens et la direction de chacun des groupes hospitaliers.

Il permet de transmettre toute information concernant le site vers la commission médicale d'établissement (ou ses commissions et comités) d'une part, et en provenance de la commission médicale d'établissement (ou ses commissions et comités) d'autre part.

Chaque comité consultatif médical est chargé de préparer avec la direction de site les projets locaux avant proposition au bureau de la commission médicale d'établissement puis aux assemblées compétentes.

## **Article 4. Election du président et du vice-président**

Chaque comité consultatif médical élit son président et son vice-président. Ils sont élus par les praticiens titulaires affectés principalement sur le site. L'organisation de l'élection du président et du vice-président est confiée à la direction du site, laquelle prend l'attache de la direction des affaires médicales en tant que de besoin.

Un appel à candidatures est envoyé par la direction du site deux mois avant l'élection, la date du scrutin et les horaires d'ouverture du bureau de vote étant fixés par la direction du site.

Pour l'élection du président d'une part et du vice-président d'autre part, est organisé un scrutin uninominal à deux tours.

Au premier tour est élu le candidat qui obtient le plus grand nombre de suffrages exprimés, moyennant une participation exigée de 25% du corps électoral. Si ce niveau de participation n'est pas

atteint, un second tour de scrutin est organisé où aucun niveau minimal de participation n'est alors requis.

Lors de chacun des tours de scrutin, c'est le candidat le plus âgé qui est élu en cas d'égalité du nombre des suffrages obtenus par les deux candidats les mieux placés.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis. Le vote se fait donc en présentiel.

#### **Article 5. Attributions du président et du vice-président**

Le président siège de droit au bureau de la commission médicale d'établissement. A ce titre, le président est, sur le site, l'interlocuteur privilégié du président de la commission médicale d'établissement et de la direction générale.

Le président et le vice-président sont les interlocuteurs médicaux de la direction du site, dont ils rencontrent régulièrement les membres.

Le vice-président supplée le président en tant que de besoin, si ce dernier est indisponible.

Le président et le vice-président définissent la composition d'un bureau représentatif des praticiens du site qui se réunit à périodicité définie. Tous deux établissent, avec le directeur du site, l'ordre du jour de chacune des séances. Chaque année, ils organisent sur le site une ou deux assemblées générales des praticiens du site.

#### **Article 6. Le bureau du comité consultatif médical**

Le bureau du comité consultatif médical est composé de l'ensemble des chefs de pôle du site, du directeur du site et du directeur des soins du site. Pour les pôles transversaux, une représentation du pôle est assurée dans chaque comité consultatif médical.

L'élargissement à un certain nombre de praticiens, représentants de structures internes du site, est laissé à l'appréciation du président et du vice-président.

Le président a la possibilité d'inviter toute personne qu'il souhaite, en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour.

#### **Article 7. L'assemblée générale du comité consultatif médical**

L'ensemble des praticiens du site est réunie une à deux fois par an en assemblée générale. Participe à ces assemblées générales le directeur du site, accompagné des collaborateurs de son choix.

Sont invités à ces assemblées générales les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires et les assistants des hôpitaux, l'ensemble de l'encadrement paramédical ainsi que toute personne impliquée par un sujet inscrit à l'ordre du jour.

-----



## Règlement intérieur du Comité Social d'Établissement (CSE) du CHU de Bordeaux

---

- Le présent règlement intérieur est établi conformément aux dispositions législatives et réglementaires, découlant notamment du décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux des établissements publics de santé et des articles L251-11 à L251-13 du code général de la fonction publique, en ce qui concerne la fonction publique hospitalière.

Préambule : L'article 65 du décret n°2021-1570 dispose que le président du comité arrête, après avis du comité et après avoir reçu les propositions de la formation spécialisée du comité et de la ou des formations spécialisées de site qui lui sont rattachées lorsque ces formations spécialisées existent, le règlement intérieur du comité.

# Chapitre 1. Le Comité Social d'Établissement (CSE)

## ARTICLE 1

### Composition du CSE (articles 4 à 6 du décret n°2021-1570)

#### ↳ La présidence

La présidence du CSE est assurée par le Directeur général du CHU de Bordeaux, chef d'établissement. Celui-ci peut déléguer cette fonction librement. Dans ce cadre, délégation permanente est donnée au Directeur général adjoint pour assurer ces fonctions.

#### ↳ Les membres titulaires et suppléants

Outre son président, le comité social d'établissement est composé de quinze représentants du personnel, élus dans le cadre des élections professionnelles. Ces quinze représentants sont suppléés chacun par un représentant suppléant, choisi sur la liste des personnels élus préférentiellement dans l'ordre d'appel établi sur les listes des candidats aux élections. Un représentant suppléant n'est pas rattaché à un représentant titulaire en particulier.

#### ↳ Le représentant de la CME

Un représentant du CSE et un représentant de la Commission Médicale d'Établissement (CME) assistent, avec voix consultative, aux réunions respectives de chacune de ces deux instances. La désignation de ces représentants procède d'un vote de chacune des instances concernées.

#### ↳ Autres participants

Le président du CSE, à son initiative ou à la demande des membres titulaires du comité, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard 48 heures avant l'instance.

Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relatifs aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Le président du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part aux votes.

Lorsqu'un sujet inscrit à l'ordre du jour concerne le Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance de Gironde », le président du comité peut inviter des personnes qualifiées représentant des autres établissements parties.

#### ↳ Le secrétariat

Le CSE élit, parmi ses membres titulaires, un secrétaire (art. 63 du décret n°2021-1570), lors de la première réunion du comité suivant la date de début du mandat des représentants du personnel.

Le secrétaire du CSE est assisté d'un secrétaire suppléant, élu à l'occasion d'un scrutin séparé.

Les élections du secrétaire et du secrétaire suppléant du comité procèdent d'un vote à bulletin secret.

Le secrétariat administratif du comité est assuré par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines.

#### ↳ Représentation du CSE dans d'autres instances et groupes de travail

> Désignation du représentant du CSE à la Commission Médicale d'Établissement et aux sous-commissions de la CME sur les thématiques suivantes :

- gestion des risques, qualité, sécurité des soins et prise en charge des usagers
- permanence des soins et des effectifs médicaux
- lutte contre la douleur (CLUD)
- lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)
- produit de santé et de l'innovation thérapeutique (COPSIT)
- système d'information et de la gestion du temps médical
- sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH)

> Des membres du CSE pourront être sollicités pour participer à des groupes de travail institutionnels via un appel à candidature. La représentation à ces groupes est par principe limitée à deux membres par organisations syndicales siégeant en CSE. Ces groupes de travail peuvent répondre à des modalités d'organisation différentes précisées, le cas échéant, dans leur propre charte de fonctionnement.

Une liste non exhaustive des groupes de travail institutionnels existants en matière de politique sociale est jointe au présent règlement intérieur à la fin du document.

Ces représentants devront tenir informé l'ensemble des membres du CSE des avancées des travaux auxquels ils participent.

## Durée du mandat et modalités de remplacement en cours de mandat d'un représentant (articles 15 et 16 du décret n°2021-1570)

- > La durée des mandats des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.
- > La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.
- > Lors du renouvellement d'un comité social d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.
- > Les modalités de remplacement d'un représentant du personnel qui cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article 20 du décret n°2021-1570 sont les suivantes :
  - 1° Lorsque l'élection a eu lieu au scrutin de liste, le représentant titulaire est remplacé par un suppléant de la liste au titre de laquelle il a été élu. Le suppléant est lui-même remplacé par le premier candidat restant non élu de la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles en application des dispositions de l'article 20 du décret n°2021-1570 ;
  - 2° Lorsque l'élection a eu lieu sur sigle, le représentant titulaire est remplacé par un suppléant désigné à l'issue du scrutin, par l'organisation syndicale qui avait obtenu le siège, parmi les agents éligibles. Le suppléant est remplacé dans les mêmes conditions. Il en est de même lorsqu'il est mis fin au mandat d'un représentant titulaire ou suppléant, sur demande écrite de l'organisation syndicale détentrice du siège. En ce cas, la cessation de fonction devient effective un mois après la réception de cette demande par le directeur de l'établissement.
- > Le mandat des représentants titulaires ou suppléants désignés dans les conditions prévues par le présent article prend fin à la date à laquelle aurait normalement pris fin le mandat des titulaires ou des suppléants qu'ils remplacent.
- > Les modalités de remplacement d'un représentant titulaire qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité social d'établissement sont les suivantes :
  - 1° Lorsque l'élection a eu lieu au scrutin de liste, il peut être remplacé par l'un quelconque des suppléants de l'organisation syndicale pour laquelle il a été élu.
  - 2° Lorsque l'élection a eu lieu sur sigle, le représentant titulaire est remplacé par l'un quelconque des suppléants désignés en application de l'article 32 du décret n°2021-1570 par l'organisation syndicale qui a obtenu le siège.
- > La date des élections pour le renouvellement général des comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé est fixée par arrêté du Premier ministre, du ministre chargé de la fonction publique et du ministre chargé de la santé. Cette date est rendue publique au moins six mois à l'avance par affichage dans les établissements concernés.
- > Lorsque l'élection des membres d'un comité social d'établissement a lieu entre deux renouvellements généraux, notamment en cas de création d'un nouveau comité social d'établissement, la date du scrutin est fixée par le directeur de l'établissement, après consultation des organisations syndicales remplissant, dans la fonction publique hospitalière, les conditions fixées à l'article 9 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 et constituées dans l'établissement ou au niveau départemental ou au niveau national.
- > En cas de fusion d'établissements intervenant moins de six mois avant ou moins de six mois après le renouvellement général des comités sociaux d'établissement, les représentants du personnel au comité social d'établissement du nouvel établissement sont désignés sur la base des suffrages cumulés obtenus par les organisations syndicales dans chacun des établissements à l'origine du nouvel établissement. Les sièges sont attribués aux organisations syndicales conformément aux dispositions des articles 32 et 33 du décret n°2021-1570.
- > En cas de congé maternité, paternité ou d'adoption d'un représentant titulaire qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à une réunion du comité, celui-ci est remplacé temporairement par un représentant désigné selon ces mêmes modalités.

## Attributions du CSE (articles 35 à 41 du décret n°2021-1570)

### A - Points soumis à vote

Le comité social d'établissement est consulté sur les matières suivantes :

- > Le règlement intérieur de l'établissement ;
- > Le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé et mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique (cf. ci-après)
- > Le plan global de financement pluriannuel ;
- > Les orientations inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire ;
- > La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- > Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

Le comité social d'établissement est également consulté sur les matières suivantes :

- > L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques ;
- > L'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du CSP (cf. ci-après) ;
- > Les projets de réorganisation de service ;
- > Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;

- > La politique d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations ;
- > Les projets de lignes directrices de gestion (LDG) relatives à la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines, aux orientations générales en matière de promotion et de valorisation des parcours professionnels.

### B - Points d'information réglementaire

Le comité est régulièrement tenu informé sur les matières suivantes :

- > La situation budgétaire de l'établissement ;
- > Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
- > Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
- > Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.

### C - Débats organisés en CSE

Le comité débat chaque année sur :

- > La programmation des travaux de l'instance ;
- > L'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique.

## **Article L. 6143-I du CSP**

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

1°/ Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2

2°/ La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5

3°/ Le compte financier et l'affectation des résultats

4°/ Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé

5°/ Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur

6°/ Toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance

7°/ Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement

8°/ Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés à l'article L. 6148-2

- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.

A tout moment, le conseil de surveillance opère les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification en application de l'article L. 6145-16, le conseil de surveillance nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement

## **Article L 6143-3 du CSP**

Le directeur général de l'agence régionale de santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, dans l'un des cas suivants :

1. Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige

2. Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

## **Article L 6143-7 du CSP (alinéa 7)**

Le directeur général du CHU arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1

## Fonctionnement du CSE (articles 63 à 78 du décret n°2021-1570)

### ↳ Les réunions (art. 64 et 66)

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai maximum d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit en présentiel au moins une fois par mois, de janvier à décembre, à l'exception des deux mois d'été. Une séance supplémentaire peut être ajoutée au début du mois de juillet si le nombre de points présentés à l'ordre du jour de l'instance de juin ne permet pas d'assurer la conduite des débats.

Un calendrier prévisionnel annuel des réunions du CSE arrêté par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines, après validation de son président, est transmis aux membres du CSE. En cas de modification du calendrier initial, le repositionnement de l'instance à une nouvelle date fait l'objet d'une concertation auprès des représentants titulaires.

Lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, les membres suppléants du CSE peuvent assister aux séances dans la limite de deux tiers des suppléants (arrondis à l'unité). Dans ce cas, ceux-ci peuvent participer aux débats mais ne peuvent pas prendre part au vote.

En cas d'urgence, le président du CSE peut décider que la réunion de l'instance sera organisée par conférence audiovisuelle ou téléphonique. Ces modalités d'organisation sont également possibles en cas de circonstances particulières, sauf opposition de la majorité des membres représentants du personnel.

Le recours à cette technique est subordonné aux conditions suivantes :

- les élus et mandatés disposent d'un matériel électronique individuel fourni par l'employeur ;
- le président soit en mesure de veiller au respect des règles d'organisation et notamment que n'assistent que les personnes habilitées à l'être, le dispositif devant prévoir l'identification des participants et le respect de la confidentialité des débats vis-à-vis de tiers, et que chaque membre siégeant avec voix délibérative ait la possibilité de participer effectivement aux débats.

Les séances du comité ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du CSE, sont tenues à l'obligation de discrétion

professionnelle à raison des pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les débats en comité sont enregistrés. La bande d'enregistrement est conservée par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines jusqu'à adoption du procès-verbal de l'instance et peut être à tout moment mise à la disposition des représentants du personnel sur demande.

Les réunions du comité ont une durée prévisionnelle de quatre heures trente. Si l'ordre du jour n'est pas épuisé à la fin de la séance, les points restant à être traités sont reportés à la séance suivante.

### ↳ L'ordre du jour (art. 66)

L'ordre du jour du CSE est fixé par le président.

Des réunions préparatoires des ordres du jour auxquelles sont présents, outre le président du CSE, le directeur du Pôle des Ressources Humaines, le secrétaire du CSE et l'agent en charge du secrétariat administratif de l'instance sont fixées selon un calendrier prédéfini un mois avant l'instance.

Chaque organisation syndicale représentée au CSE transmet par mail au secrétaire du CSE sur la base d'un calendrier prédéfini établi par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines, au président du CSE ainsi qu'au secrétariat central du PRH les fiches objets explicitant les sujets qu'ils souhaitent traiter en séance, trois jours avant la date de fixation de l'ordre du jour.

Le secrétaire du CSE assure un retour auprès des organisations syndicales sur les sujets demandés qu'elles ont souhaités inscrire à l'ordre du jour.

Doivent notamment être inscrites à l'ordre du jour les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le projet d'ordre du jour est transmis pour information aux membres du comité au plus tard le surlendemain de la réunion. Celui-ci reste susceptible de modifications jusqu'à transmission dans les délais impartis en amont de l'instance.

### ↳ Règles de quorum et délibérations

#### Le quorum (art. 70)

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quelque soit le nombre de membres présents.

Dans ce dernier cas, si un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des membres du CSE, le projet ou la question n'a pas besoin de faire l'objet d'un réexamen et d'une nouvelle délibération.

Le quorum s'apprécie à l'ouverture de la séance. Toutefois, un membre quittant la séance peut être remplacé de plein droit par un suppléant si ce dernier est présent à l'instance. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre du comité pour voter en son nom. Un membre du comité ne peut cependant recevoir qu'une seule délégation de vote.

### Les délibérations (art. 71)

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote.

Le caractère du vote est annoncé en instance.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Lorsqu'un projet ou une question recueille un vote défavorable unanime de la part des représentants du personnel, membres du comité, le projet ou la question fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. La convocation est adressée dans un délai de huit jours aux membres du comité. Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de membres présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.

### Publicité des délibérations (art. 78)

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines informe, dès le lendemain de l'instance, le secrétariat général des avis rendus par le CSE.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai d'un mois, sur les panneaux du Pôle des Ressources Humaines réservés à cet effet.

Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président au secrétaire du CSE des suites données à ses avis ou vœux.

Le président peut décider de la suspension de séance à son initiative ou à la demande d'au moins une des organisations syndicales.

### Convocation et moyens de communication des documents (art. 68)

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions.

Le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines leur communique les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions, selon les modalités suivantes :

- l'ordre du jour des séances doit être adressé par tout moyen, notamment par voie électronique, au moins quinze jours avant la date de la séance, ou huit jours en cas d'urgence ;
- les pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour pour avis ou pour information doivent être transmis au plus tard huit jours avant la date de la séance.

Si des pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour n'ont pas été transmis dans les délais impartis, il est proposé de reporter le point à la prochaine instance.

Les pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour pour avis ou pour information font l'objet d'une transmission après validation par le président du CSE.

Les documents sont mis à disposition des membres du CSE via un serveur « cloud » (permettant le partage sécurisé de fichiers électroniques) par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines (la procédure d'utilisation est consultable sur le site SharePoint du PRH, rubrique CSE).

Seuls font l'objet d'un envoi papier les bilans annuels soumis aux membres du CSE pour avis ou pour débat. L'envoi des documents papier est réalisé selon le principe de : 1 exemplaire par organisation syndicale et par site.

Chaque membre de l'instance (délibérant ou personne qualifiée) reçoit nominativement par courrier interne, pouvant être transmis par voie électronique, une convocation accompagnée d'un ordre du jour.

## Chapitre 2. La formation spécialisée du comité

### ARTICLE 5

## Composition de la formation spécialisée (articles 3, 7 à 9 et 12 à 14 du décret n°2021-1570)

Une formation spécialisée est instaurée auprès du CSE en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail.

### ↳ La présidence

La présidence de la formation spécialisée est assurée par le Directeur général du CHU de Bordeaux, chef d'établissement. Celui-ci peut déléguer cette fonction librement. Dans ce cadre, délégation permanente est donnée aux directeurs de site pour assurer celle-ci lorsque la formation spécialisée siège sur un site hospitalier ; délégation permanente est donnée au Directeur général adjoint pour assurer celle-ci lorsque la formation spécialisée siège en format plénier à la direction générale du CHU.

### ↳ Les membres titulaires et suppléants

Outre son président, la formation spécialisée est composée de quinze représentants du personnel, membres titulaires du comité social d'établissement. Ces quinze représentants sont suppléés chacun par trois représentants suppléants, pouvant chacun siéger sur un site hospitalier lorsque la formation spécialisée siège sur ce site.

Les représentants du personnel suppléants de la formation spécialisée sont librement désignés par les organisations syndicales qui ont obtenu des sièges au sein de l'assemblée plénière du CSE, sous réserve, pour ces représentants, de satisfaire aux conditions d'éligibilité à ce comité telles que fixées à l'article 20 du décret n°2021-1570.

En formation plénière ne siège que l'un des représentants parmi les trois suppléants nommés en formation spécialisée. Chaque organisation syndicale transmet au secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines au mois de juin la liste

des représentants suppléants appelés à siéger à la formation plénière organisée au mois de septembre.

Lorsqu'un membre de la formation spécialisée se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il est remplacé par un membre désigné dans les mêmes conditions.

### ↳ Les invités permanents

Assistent aux réunions des formations spécialisées à titre consultatif :

- les médecins du Service de Santé au Travail et Environnement ;
- les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés ;
- le représentant de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière.

### ↳ Autres participants

Le président de la formation spécialisée, à son initiative ou à la demande des membres titulaires de la formation spécialisée, peut convoquer des personnes qualifiées dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1 pour le comité social d'établissement.

### ↳ Le secrétariat

Le secrétariat de la formation spécialisée est assuré par le secrétaire du CSE dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 1.

Le secrétariat administratif du comité est assuré par le secrétariat des directions de site lorsque la formation spécialisée siège sur site et par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines lorsque la formation spécialisée siège en formation plénière à la direction générale.

## Attributions de la formation spécialisée (articles 42 à 60 du décret n°2021-1570)

### A - Points soumis à vote

La formation spécialisée est compétente sur les questions relatives à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes.

A ce titre, la formation spécialisée est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission, ainsi que :

- les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- les plans blancs (article L.3131-7 du code de la santé publique) ;
- la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

La formation spécialisée n'est toutefois pas consultée sur les projets qui s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par l'assemblée plénière du CSE.

### B - Consultation règlementaire

Chaque année, le président soumet pour avis à la formation spécialisée :

- un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées ;
- un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique. Il fixe la liste détaillée des réalisations ou actions à entreprendre au cours de l'année à venir. Il précise, pour chaque réalisation ou action, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût.

La formation spécialisée est associée au suivi et à l'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Elle peut proposer un ordre de priorité et des mesures supplémentaires au programme annuel de prévention.

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement à ces observations.

### C - Prévention et gestion des risques professionnels

#### ↳ Visites des services

Les membres de la formation spécialisée procèdent à intervalles réguliers à la visite des services relevant du champ de compétence de la formation précisée plus haut.

Une délibération adoptée en séance à la majorité des membres de la formation spécialisée mandate une délégation de la formation spécialisée pour procéder à chaque visite. Elle fixe l'objectif, le secteur géographique et la composition de la délégation chargée de cette dernière. Cette délégation comporte entre autres le président de la formation spécialisée et des représentants du personnel membres de la formation ainsi que des agents du secteur géographique concernés, sous réserve des nécessités de service. Elle peut être assistée du médecin du travail, de l'assistant ou du conseiller de prévention des risques professionnels. L'agent de contrôle de l'inspection du travail est invité par le président à ces visites.

Les missions accomplies par la délégation donnent lieu à un procès-verbal présenté à la formation spécialisée.

#### ↳ Enquêtes

À la suite d'un accident grave ou ayant pu entraîner des conséquences graves, la formation spécialisée compétente est réunie dans les quarante-huit heures et procède à une enquête, notamment dans les cas suivants :

- en cas d'accident de service grave ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ;
- en cas d'accident de service ou de travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.

Les enquêtes sont diligentées par une délégation composée du président (ou son représentant) et au moins un représentant du personnel de la formation spécialisée. Le médecin du travail, l'assistant ou le conseiller de prévention des risques professionnels peuvent participer. L'inspection du travail peut être associée.

La formation spécialisée est informée des conclusions de chaque enquête et des suites qui lui sont données.

### 📌 Registre spécial et danger grave et imminent (DGI)

En cas de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions, un représentant du personnel de la formation spécialisée alerte le directeur d'établissement via l'inscription au registre spécial mentionné à l'article D.4132-1 du code du travail.

Les membres de la formation spécialisée compétente et les agents de contrôle de l'inspection du travail ont accès au registre spécial. Ce registre est archivé et mis à la disposition des représentants du personnel et de l'inspection du travail à tout moment auprès des espaces RH des sites hospitaliers.

En cas de divergence sur la réalité du DGI pour la santé ou la sécurité des agents, ou sur la façon de le faire cesser, la formation spécialisée est réunie d'urgence, dans un délai n'excédant pas 24 heures. L'agent de contrôle de l'inspection du travail est informé et peut participer.

Après avoir pris connaissance de l'avis émis par la formation spécialisée, l'autorité administrative arrête les mesures à prendre.

A défaut d'accord entre l'autorité administrative et la formation spécialisée sur les mesures à prendre et leurs conditions d'exécution, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est saisi. Cette intervention donne lieu à un rapport dressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée.

Le directeur d'établissement adresse dans les 15 jours à l'auteur du rapport une réponse motivée, ainsi qu'une copie de cette réponse à la formation spécialisée, indiquant :

- les mesures prises immédiatement après l'enquête ;
- les mesures prises à la suite de l'avis émis par la formation spécialisée réunie en urgence ;

- les mesures prises au vu du rapport ;
- les mesures qu'elle va prendre et le calendrier de leur mise en œuvre.

### F - Expertises

A l'initiative du président de la formation spécialisée ou à la suite d'un vote majoritaire favorable des membres de la formation, il peut être fait appel à un expert certifié lorsque la formation spécialisée estime ne pas disposer des éléments nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, des conditions de santé et de sécurité ou des conditions de travail, dans les cas suivants :

- en cas de risque grave avéré, révélé ou non par un accident de service ou par un accident du travail ou en cas de maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- en cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail lorsqu'il ne s'intègre pas dans un projet de réorganisation de service.

Le délai pour mener une expertise ne peut excéder 45 jours à compter du choix de l'expert certifié.

Les frais d'expertise sont supportés par l'établissement.

Le président de la formation spécialisée doit motiver sa décision de refus de faire appel à un expert en cas de vote majoritaire favorable des membres de la formation spécialisée. La décision est communiquée à la formation spécialisée.

Si le désaccord persiste, l'agent de contrôle de l'inspection du travail est obligatoirement saisi. Cette intervention donne lieu à un rapport adressé conjointement au directeur d'établissement et à la formation spécialisée. Ce rapport indique, s'il y a lieu, les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la situation.

Le directeur d'établissement adresse dans les 15 jours à l'auteur du rapport une réponse motivée indiquant :

- les mesures prises au vu du rapport ;
- les mesures qu'il va prendre et le calendrier de leur mise en œuvre.

Le directeur d'établissement communique dans le même délai copie de sa réponse à la formation spécialisée.

Les représentants du personnel à la formation spécialisée sont informés des visites et de toutes les observations de l'agent de contrôle de l'inspection du travail ainsi que des réponses du directeur d'établissement à ces observations.

## Fonctionnement de la formation spécialisée (articles 63 à 78 du décret n°2021-1570)

### ↳ Les réunions (art. 64 et 66)

Les réunions de la formation spécialisée ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, la formation spécialisée est réunie dans un délai maximum d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

La formation spécialisée se réunit en présentiel à raison de dix séances par an ;

- trois séances sur le site de Pellegrin (janvier, avril et octobre) ;
- trois séances sur le site de Sud (février, mai et novembre) ;
- trois séances sur le site de Saint-André (mars, juin et décembre) ;
- une fois en format plénier à la direction générale (septembre).

Le présent article est susceptible d'être amendé en cours d'année donnée si les parties conviennent que cette organisation ne permet pas de traiter l'ensemble des points relevant d'un site en particulier.

Un calendrier prévisionnel annuel des réunions de la formation spécialisée arrêté par les secrétariats de direction de chaque site et le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines, après validation de leurs présidents, est transmis aux membres de la formation spécialisée concernés. En cas de modification du calendrier initial, le repositionnement de l'instance à une nouvelle date fait l'objet d'une concertation auprès des représentants titulaires.

En formation plénière, les membres suppléants de la formation spécialisée, lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances dans la limite d'un représentant suppléant par titulaire.

En formation de site, les membres suppléants de la formation spécialisée désignés par l'organisation syndicale pour le site concerné, lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances dans la limite de deux tiers des suppléants désignés pour le site concerné (arrondis à l'unité).

Dans ces deux cas, les membres suppléants de la formation spécialisée peuvent participer aux débats mais ne peuvent pas prendre part au vote.

En cas d'urgence, le président de la formation spécialisée peut décider que la réunion de l'instance sera organisée par conférence audiovisuelle ou téléphonique.

Ces modalités d'organisation sont également possibles en cas de circonstances particulières, sauf opposition de la majorité des membres représentants du personnel.

Le recours à cette technique est subordonné aux conditions suivantes :

- les élus et mandatés disposent d'un matériel électronique individuel fourni par l'employeur ;
- le président soit en mesure de veiller au respect des règles d'organisation et notamment que n'assistent que les personnes habilitées à l'être, le dispositif devant prévoir l'identification des participants et le respect de la confidentialité des débats vis-à-vis de tiers, et que chaque membre siégeant avec voix délibérative ait la possibilité de participer effectivement aux débats.

Les séances de la formation spécialisée ne sont pas publiques. Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux de la formation spécialisée, sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont elles ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les débats en formation spécialisée sont enregistrés. La bande d'enregistrement est conservée par les espaces RH de site et par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines jusqu'à adoption du procès-verbal de l'instance et peut être à tout moment mise à la disposition des représentants du personnel sur demande.

Les réunions de la formation spécialisée ont une durée prévisionnelle de quatre heures trente. Si l'ordre du jour n'est pas épuisé à la fin de la séance, les points restant à être traités sont reportés à la séance suivante.

### ↳ L'ordre du jour (art. 66)

L'ordre du jour de la formation spécialisée est fixé par son président.

Des réunions préparatoires des ordres du jour auxquelles sont présents, outre le président de la formation spécialisée, le responsable RH de site (ou le directeur du Pôle RH pour l'assemblée plénière), le secrétaire du CSE et l'agent en charge du secrétariat administratif de l'instance sont fixées selon un calendrier prédéfini un mois avant l'instance.

Chaque organisation syndicale représentée en formation spécialisée transmet par mail au secrétaire du CSE sur la base d'un calendrier prédéfini établi par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines, au président de la formation spécialisée ainsi qu'au secrétariat central du PRH les fiches objets explicitant les sujets qu'ils souhaitent traiter en séance, trois jours avant la date de fixation de l'ordre du jour.

Le secrétaire du CSE assure un retour auprès des organisations syndicales sur les sujets demandés qu'elles ont souhaités inscrire à l'ordre du jour.

Doivent notamment être inscrites à l'ordre du jour les questions entrant dans la compétence de la formation spécialisée dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

### ↳ Délibérations (art. 71)

La formation spécialisée émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président, les représentants de l'administration, les personnes qualifiées, le médecin du travail et, le cas échéant, l'agent de contrôle de l'inspection du travail ne participent pas au vote.

Un membre quittant la séance peut être remplacé de plein droit par un suppléant si ce dernier est présent à l'instance. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre de la formation spécialisée pour voter en son nom. Un membre de la formation spécialisée ne peut cependant recevoir qu'une seule délégation de vote.

Le caractère du vote est annoncé en instance.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis et vœux de la formation spécialisée sont portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement (ou du directeur de site lorsque l'avis de la formation spécialisée ne concerne qu'un site), à la connaissance du personnel dans un délai d'un mois.

La formation spécialisée doit, dans un délai de deux mois, être informée, par une communication écrite du président de la formation spécialisée au secrétaire du CSE des suites données à ses avis ou vœux.

Le président de la formation spécialisée peut décider de la suspension de séance à son initiative ou à la demande d'au moins une des organisations syndicales.

### ↳ Convocation et moyens de communication des documents (art. 68)

Toutes facilités doivent être données aux membres de la

formation spécialisée pour exercer leurs fonctions.

En particulier, les membres de la délégation de la formation spécialisée qui procèdent aux visites des sites bénéficient de toutes facilités et notamment d'un droit d'accès aux locaux relevant de leur aire de compétence géographique dans le cadre des missions qui leur sont confiées par la formation spécialisée. Les conditions d'exercice de ce droit d'accès pourront faire l'objet d'adaptation s'agissant des services soumis à des procédures d'accès réservés prévues par la réglementation.

Les secrétariats de direction des sites (ou le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines lorsque la formation spécialisée siège en format plénier) communiquent aux membres de la formation spécialisée concernée les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions, selon les modalités suivantes :

- l'ordre du jour des séances doit être adressé par tout moyen, notamment par voie électronique, au moins quinze jours avant la date de la séance, ou huit jours en cas d'urgence ;
- les pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour pour avis ou pour information doivent être transmis au plus tard huit jours avant la date de la séance.

Si des pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour n'ont pas été transmis dans les délais impartis, il est proposé de reporter le point à la prochaine instance.

Les pièces et documents relatifs aux points inscrits à l'ordre du jour font l'objet d'une transmission après validation par le président de la formation spécialisée.

Les documents sont mis à disposition des membres du CSE via un serveur « cloud » (permettant le partage sécurisé de fichiers électroniques) par les secrétariats de direction des sites et par le secrétariat central du Pôle des Ressources Humaines, lorsque la formation spécialisée siège en format plénier (la procédure d'utilisation est consultable sur le site SharePoint du PRH, rubrique CSE).

Seuls font l'objet d'un envoi papier les bilans annuels soumis aux membres de la formation spécialisée pour avis ou pour débat. L'envoi des documents papier est réalisé selon le principe de : 1 exemplaire par organisation syndicale et par site.

Chaque membre de l'instance (délibérant ou personne qualifiée) reçoit nominativement par courrier interne, pouvant être transmis par voie électronique, une convocation accompagnée d'un ordre du jour.

## Chapitre 3. Droits accordés aux membres du CSE et de la formation spécialisée

### ARTICLE 8

#### Le droit à la formation (article 75 du décret n°2021-1570)

Les représentants élus bénéficient de droits à formation pour assurer leur mandat.

**Membres du CSE siégeant en formation spécialisée :** peuvent bénéficier d'une formation portant sur les compétences du CSE d'une durée minimale de cinq jours au cours de leur mandat et d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de cinq jours, soit un droit de formation de dix jours.

Le congé pour formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail prévu au 7° bis de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 ne peut être accordé qu'aux membres du CSE siégeant en formation spécialisée.

**Membres du CSE ne siégeant pas en formation spécialisée :** peuvent bénéficier d'une formation d'une durée minimale de cinq jours portant sur les compétences du CSE et d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de trois jours, soit un droit de formation de huit jours.

**Membres des formations spécialisées non issus du CSE :** peuvent bénéficier d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de cinq jours.

L'agent adresse sa demande de congé de formation par écrit à l'autorité compétente au moins un mois avant le début de la formation. La demande précise la date à laquelle l'agent souhaite prendre son congé ainsi que le descriptif et le coût de la formation, le nom et l'adresse de l'organisme de formation choisis par l'agent. Le bénéfice de ce congé ne peut être refusé que si les nécessités du service s'y opposent. Le refus doit être motivé.

L'autorité saisie est tenue de répondre à la demande de l'agent au plus tard le 15<sup>e</sup> jour qui précède le début de la formation sollicitée.

A son retour de congé, l'agent remet une attestation délivrée par l'organisme de formation constatant son assiduité. En cas d'absence sans motif valable, l'agent est tenu de rembourser à l'établissement ou au groupement concerné les dépenses prises en charge.

L'employeur prend en charge les frais de formation, de déplacement et de séjour des agents en formation.

- Les frais de formation sont plafonnés par jour et par stagiaire à l'équivalent de 36 fois le montant du SMIC.
- Les frais de déplacement et de séjour sont ceux pris en charge dans les conditions des frais de déplacement des agents civils de l'Etat.
- Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de la formation des représentants du personnel à la FSC ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le décret n° 2008-824 du 21 août 2008.

### ARTICLE 9

#### Les autorisations spéciales d'absence

(art 15 du décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical)

En application de l'article 15 du décret 86-660, les représentants du personnel appelés à siéger reçoivent une autorisation spéciale d'absence sur simple présentation de leur convocation. Cette autorisation doit être demandée au moins trois jours avant l'instance auprès du supérieur hiérarchique. Elle est accordée de droit.

Les agents pouvant bénéficier des ASA au titre de l'article 15 sont les titulaires convoqués, les suppléants remplaçant des titulaires absents et les suppléants assistant à la réunion sans voix délibérative.

Une autorisation spéciale d'absence est également accordée aux représentants du personnel (art. 76 du décret n°2021-1570) :

- Faisant partie de la délégation de la formation spécialisée ou, lorsqu'il n'en existe pas, du CSE, réalisant les enquêtes prévues aux articles 49 et 52 du décret n°2021-1570 ou dans le cadre d'une procédure d'urgence ;
- Durant les temps de trajet afférents aux visites prévues à l'article 49 du décret n°2021-1570.

Pour les représentants titulaires, la durée de l'autorisation spéciale d'absence comprend, outre les délais de route et la durée prévisible de la réunion, un temps égal au double de la durée prévisible de la réunion pour en assurer la préparation et le compte-rendu (3 x 4h30 + 1h = 14h30).

## ARTICLE 10

### Heures de délégation des représentants du personnel siégeant en formation spécialisée (article 76 du décret n°2021-1570 - II)

Les représentants du personnel siégeant à la formation spécialisée disposent du temps nécessaire à l'exercice de leurs fonctions à raison de vingt-heures par mois par représentant titulaire (soit 240 heures par an).

Vingt-heures de délégation sont également accordées aux représentants suppléants dans le mois où la formation spécialisée se réunit sur le site pour lequel le représentant suppléant a été désigné par son organisation syndicale et pour celui qui siège lorsqu'elle se rassemble en formation plénière une fois par an (soit 60 heures par an par représentant suppléant + 20 heures pour le suppléant appelé à siéger en formation plénière).

Lorsqu'ils ne suppléant pas eux-mêmes un représentant titulaire, les représentants du personnel siégeant en qualité de suppléant aux instances délibératives ou consultatives peuvent bénéficier d'une autorisation d'absence pour la seule durée de la réunion plus le délai de route (4h30 + 1h = 5h30).

S'agissant des frais de déplacement des agents participant aux réunions, les dispositions applicables figurent dans le décret 92-566 du 25 juin 1992 :

- les frais exposés par les personnes convoquées sont pris en charge par l'administration ;
- les frais de déplacement des suppléants autorisés à assister à une séance à laquelle ils n'ont pas voix délibérative ne sont pas pris en charge par l'administration.

Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux les heures de délégation dont ils disposent. Ils en informent l'employeur.

Une autorisation d'absence est également accordée aux représentants du personnel faisant partie de la délégation de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail réalisant les enquêtes prévues aux articles 49 et 52 et, dans toute situation d'urgence, pour le temps passé à la recherche de mesures préventives.

Les temps de trajets afférents aux visites prévues à l'article 48 font également l'objet d'autorisations d'absence.

## ARTICLE 11

### Modalités de communication des informations relatives au CSE

Le calendrier des réunions, la composition de l'instance, l'ordre du jour des réunions et les procès-verbaux sont consultables depuis le site SharePoint du Pôle des Ressources Humaines et sur la plateforme de partage sécurisé de fichiers NextCloud.

## Modalités de modifications du règlement intérieur du CSE

---

Le présent règlement intérieur pourra être modifié :

- en fonction de l'évolution de la réglementation ;
- lors de chaque renouvellement de CSE ;
- selon la volonté du CSE.

Signatures,

Le président du Comité Social d'Établissement,

# Groupes de travail institutionnels en matière de politique sociale

<b>Commission de formation du personnel non médical et des sages-femmes</b>	
Missions	<p>La commission de formation est consultée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la méthodologie de construction du plan de formation ;</li><li>- l'élaboration du plan de formation annuel avant le passage en CSE : formations retenues à la suite des entretiens de formation et chiffrage par l'unité Formation du Pôle RH</li></ul> <p>La commission de formation est informée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- du suivi infra-annuel du plan de formation ;</li><li>- du bilan annuel du plan de formation.</li></ul>
Composition	<p>La commission de formation est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de représentants de l'administration ;</li><li>- de représentants du personnel à raison de deux représentants titulaires et deux représentants suppléants par organisation syndicale représentée au sein du comité social d'établissement.</li></ul> <p>La présidence de la commission est assurée par la directrice en charge de l'organisation, de l'attractivité et de la fidélisation du Pôle RH.</p>

<b>Comité de pilotage Qualité de vie et conditions de travail</b>	
Missions	<p>Le COPIL QVCT assure :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- le pilotage et la coordination des différents groupes relatifs à l'axe 3 du projet social ;</li><li>- le suivi et l'actualisation des plans d'action et des critères relatifs à la qualité de vie au travail fixés au titre de la certification HAS en collaboration avec le Pôle Qualité, Gestion des risques, Prévention, Parcours ;</li><li>- la définition des orientations relatives à la qualité de vie et aux conditions de travail ;</li><li>- la présentation devant le COPIL et l'évaluation des projets menés en matière de qualité de vie et de conditions de travail.</li></ul>
Composition	<p>Le COPIL QVCT est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de représentants de l'administration ;</li><li>- de représentants du Service de Santé au Travail et Environnementale ;</li><li>- de représentants du personnel à raison d'un représentant titulaire et d'un représentant suppléant par organisation syndicale représentée au sein du comité social d'établissement ;</li><li>- de représentants du corps médical désignés par la commission médicale d'établissement.</li></ul> <p>L'animation du COPIL est assurée par la directrice en charge de la qualité de vie au travail du Pôle RH.</p>

<b>Commission handicap</b>	
Missions	<p>Les missions de la commission handicap sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- proposer une déclinaison des objectifs et des procédures établis au titre de la politique handicap et de la politique de maintien dans l'emploi de l'établissement ;</li><li>- suivre la mise en œuvre de la convention avec le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) ;</li><li>- suivre les actions menées au titre de la mobilité-santé au sein de l'établissement.</li></ul>
Composition	<p>La commission handicap est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de représentants de l'administration ;</li><li>- de représentants du Service de Santé au Travail et Environnementale ;</li><li>- de représentants du personnel à raison d'un représentant titulaire et d'un représentant suppléant par organisation syndicale représentée au sein du comité social d'établissement.</li></ul> <p>La présidence de la commission est assurée par la directrice en charge de la qualité de vie au travail du Pôle RH.</p>

<b>Comité de pilotage Amiante-Plomb</b>	
Missions	<p>Le COPIL Amiante assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la définition des orientations institutionnelles en matière de prévention et de gestion du risque lié à l'amiante ;</li> <li>- la synthèse des actions réalisées annuellement ;</li> <li>- la veille juridique sur les mesures de sécurité et de prévention du risque lié à l'amiante en lien avec le Service de Santé au Travail et Environnementale ;</li> <li>- le suivi du respect de la réglementation lors des opérations de travaux et de maintenance au sein de l'établissement ;</li> <li>- le conseil auprès des responsables des services ingénierie.</li> </ul>
Composition	<p>Le COPIL Amiante est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de représentants de l'administration ;</li> <li>- de représentants du Service de Santé au Travail et Environnementale ;</li> <li>- de deux représentants du personnel désignés par le comité social d'établissement.</li> </ul> <p>L'animation du COPIL est assurée par la directrice en charge de la qualité de vie au travail du Pôle RH.</p>

<b>Groupe Violences</b>	
Missions	<p>Le COPIL Violences assure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le déploiement et l'évaluation des actions institutionnelles de prévention et d'accompagnement des situations de violences émanant des usagers (exogènes) et des professionnels (endogènes) dans l'établissement ;</li> <li>- le renforcement du dispositif de signalement et de gestion des actes de malveillance.</li> </ul>
Composition	<p>Le COPIL Violences est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de représentants de l'administration ;</li> <li>- de représentants du Service de Santé au Travail et Environnementale ;</li> <li>- de représentants du personnel à raison d'un représentant titulaire et d'un représentant suppléant par organisation syndicale représentée au sein du comité social d'établissement.</li> </ul> <p>L'animation du COPIL est assurée par la directrice en charge de la qualité de vie au travail du Pôle RH.</p>

<b>Commission télétravail</b>	
Missions	<p>Définie par l'accord local majoritaire relatif au télétravail signé le 30 novembre 2022, la mission de la commission télétravail est de s'assurer, à l'échelle du CHU, de la conformité des plans d'organisation du télétravail aux consignes de l'accord télétravail et de rendre un avis sur les candidatures présentées dans le cadre des campagnes annuelles de télétravail.</p>
Composition	<p>La commission télétravail est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de représentants de l'administration ;</li> <li>- de représentants du personnel à raison d'un représentant du personnel par organisation syndicale représentée au sein du comité social d'établissement.</li> </ul> <p>La présidence de la commission est assurée par le directeur en charge de la qualité de vie au travail du Pôle RH.</p>

# Autres groupes de travail institutionnels en matière de santé-sécurité au travail

<b>Groupe Qualité de l'air pour le patient</b>	
Missions	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conseils et avis : collaboration et suivi du marché de contrôles des salles propres ; réponses aux sollicitations du groupe, notamment sur les projets de restructuration des locaux de soins</li><li>- Démarche qualité : actualisation des instructions et préconisations ; communication des analyses et avis du groupe au sein de l'institution ; retours d'expériences et analyse de causes suite aux signalements d'événements indésirables associés aux soins</li></ul> L'animation des travaux du groupe est assurée par le service d'Hygiène hospitalière du Pôle Santé Publique.

<b>Groupe Qualité de l'environnement pour le patient</b>	
Missions	<p>Conseils et avis :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sur l'utilisation des produits détergents et/ou désinfectants : collaboration et suivi des appels d'offres pour les détergents-désinfectants pour les dispositifs médicaux et pour les sols et surfaces ; accompagnement de la démarche de transition écologique dans l'utilisation des détergents ;</li><li>- sur les techniques et matériels d'entretien : suivi des appels d'offres et participation au choix et à l'évaluation après usage des charriots d'entretien des sols</li><li>- rédaction/actualisation des documents qualité et des recommandations : protocoles d'entretien de qualité, instructions dans le classeur d'hygiène portant sur la maîtrise de l'environnement hospitalier</li><li>- formation : programme de formation continue pour les ASH associant le service de Bionettoyage et le service d'Hygiène hospitalière</li><li>- poursuite des travaux collaboratifs sur l'impact de la pandémie sur les activités de bionettoyage</li></ul> L'animation des travaux du groupe est assurée par le service d'Hygiène hospitalière du Pôle Santé Publique.

<b>Groupe Qualité de l'eau</b>	
Missions	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mise en œuvre de la réglementation relative à la gestion de l'eau dans les établissements de santé pour assurer la prévention du risque infectieux associé à l'eau et notamment le risque de légionellose nosocomiale ; actualisation des connaissances par veille réglementaire et échanges avec les industriels</li><li>- Démarche qualité : rédaction de protocoles et de préconisations</li><li>- Etudes et analyses/propositions d'amélioration des conduits et systèmes hydrauliques liés aux opérations de travaux ou d'aménagement de locaux</li></ul> L'animation des travaux du groupe est assurée par le service d'Hygiène hospitalière du Pôle Santé Publique et les services d'Ingénierie des trois groupes hospitaliers.

<b>Groupe Addictologie-Hôpital sans tabac</b>	
Missions	Le groupe coordonne l'ensemble des actions relatives à la prévention des conduites addictives en milieu professionnel et des actions menées dans le cadre du programme « Hôpital Sans Tabac ». L'animation des travaux du groupe est assurée par le Pôle inter-établissements d'Addictologie.

<b>Commission Matériel et prévention du risque infectieux</b>	
Missions	Le groupe coordonne la mission de prévention et de veille du risque associé aux infections en milieu hospitalier, et notamment à la multiplication des sources d'infections nosocomiales. L'animation des travaux du groupe est assurée par le service de Santé au Travail et Environnement.

<b>Groupe sur les médicaments anti-cancéreux</b>	
Missions	Le groupe coordonne la mission de prévention et de veille du risque associé à l'utilisation des médicaments anti-cancéreux (notamment cytostatiques et cytotoxiques) afin que les personnels exposés puissent bénéficier d'équipements de protection adaptés, en procédant par des évaluations de risques et la diffusion de bonnes pratiques et de recommandations pour les professionnels amenés à manipuler ces produits. L'animation des travaux du groupe est assurée par le service de Santé au Travail et Environnement.

# **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques**

**2021-2025**

**Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux**

## **Règlement Intérieur**



**Décret 2010-449 du 30 avril 2010**

## Sommaire

<b>Préambule .....</b>	<b>3</b>
<b>Cadre règlementaire .....</b>	<b>4</b>
<b>Organisation de la CSIRMT :</b>	
<b>1. Composition de la CSIRMT.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Les attributions de la CSIRMT .....</b>	<b>7</b>
<b>3. La participation des membres de la CSIRMT         aux instances et commissions .....</b>	<b>7</b>
<b>4. Le fonctionnement de la CSIRMT .....</b>	<b>9</b>
<b>5. La participation à la CSIRMT .....</b>	<b>10</b>
<b>6. L'information des membres de la CSIRMT .....</b>	<b>11</b>

## Préambule

Le règlement intérieur définit les modalités de fonctionnement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT). Il est intégré au sein du règlement intérieur du CHU de Bordeaux en application du décret 2010-449 du 30 avril 2010.

Il fait l'objet d'une approbation par vote (séance du 27 Avril 2016).

En fonction de l'évolution du cadre réglementaire et des orientations proposées par le Président, ce règlement peut être amendé et actualisé par le coordonnateur général des soins. Les propositions de modifications sont également soumises au vote de la Commission.

Le Président de la Commission des Soins, est en charge de veiller à l'application et à l'exécution du présent règlement intérieur.

## **CADRE REGLEMENTAIRE**

- Règlement intérieur du CHU de Bordeaux
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret 2005-21 du 2 mars 2005 relatif à la Commission Relation des Usagers et de la Qualité.
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire »
- Instruction n° DGOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé
- Instruction n° DGOS/PF1/2010/112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance des établissements publics de santé
- Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activités cliniques ou médico-techniques dans les établissements publics de santé
- Décret n° 2010-1138 du 29 septembre modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

## **Organisation de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CSIRMT)**

### **1. Composition de la CSIRMT**

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques du CHU de Bordeaux est composée de 32 membres titulaires, le nombre de sièges accordés aux membres suppléants est identique.

La durée des fonctions des membres élus de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est de 4 ans renouvelable.

La présidence : la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est présidée par le Directeur des soins – Coordonnateur Général, membre de droit.

En cas d'empêchement, la délégation de la présidence sera assurée par le vice-président (Directeur des Soins, désigné par le Président).

<b>Membres élus :</b>	<b>32</b>
1 <sup>er</sup> groupe : Collège des cadres de Santé	<b>12</b>
2 <sup>o</sup> groupe : Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :	<b>16</b>
3 <sup>o</sup> groupe : Collège des aides-soignants	<b>4</b>

Membres associés avec voix consultatives :

- Le représentant de la Commission Médicale
- Les directeurs des soins
- Les directeurs de soins et les Cadres Supérieurs de Santé chargés des écoles et des instituts de formation paramédicaux rattachés à l'établissement
- Deux représentants des étudiants IFSI de troisième année désignés par la directrice des Instituts de formation en Soins Infirmiers de l'Etablissement.
- Un représentant de la promotion aide-soignant désigné par la directrice des Instituts de formation des aides-soignants

Le renouvellement des représentants étudiants sera effectué tous les ans en début d'année de scolarité.

Le président de la Commission des soins peut associer des membres invités aux réflexions et aux travaux de la Commission en fonction de leur expertise.

Le membre de la CSIRMT informe le secrétariat de la Coordination des Soins :

- lors d'une absence momentanément pour assister aux sessions (maladie, congé maternité, ...)
- lorsqu'il met fin à son mandat par démission ou cesse d'appartenir au Collège qu'il représente.

## **2. Les attributions de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est consultée pour avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le Coordonnateur Général des Soins ;
- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- La politique de développement professionnel continue

### **La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques est informée sur :**

- Le règlement intérieur de l'établissement
- La mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (décret n° 2010-656 du 11 juin 2010) relatif à la nomination des chefs de pôle
- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

## **3. La participation de membres de de la Commission des soins, de rééducation et médico-techniques aux instances et commissions**

### **Le représentant au Conseil de surveillance :**

- Le représentant de la CSIRMT est élu au scrutin uninominal secret, à la majorité absolue au premier tour et à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité, le doyen d'âge est désigné.

En lien avec le coordonnateur général des soins, il prépare et formalise d'une part les interventions au titre de la Commission des Soins et d'autre part, une synthèse des points abordés lors des Conseils de surveillance.

### **Le représentant à la Commission médicale d'établissement, CME :**

La CME désigne le représentant médical membre de la CSIRMT.

Il est envisagé également des axes de partenariat avec la CME notamment pour les domaines relatifs à la convergence médico soignante, la démarche qualité et l'optimisation des parcours et des organisations de soins.

### **Les représentants à la CSIRMT du GHT alliance de Gironde**

Les membres de la CSIRMT de groupement représentants des établissements parties au GHT sont élus par leurs pairs au sein de la commission de chaque établissement selon un vote qui a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé. Les membres sont alors élus à la majorité relative. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand, nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Seuls les établissements parties peuvent désigner des suppléants au sein de leur établissements pour les remplacer.

#### **4. Le fonctionnement de la CSIRMT**

##### **Le calendrier**

Il est fixé annuellement par le président de la CSIRMT.

La Commission se réunit 3 à 4 fois par an (avec possibilité d'organiser un séminaire annuel regroupant l'ensemble des membres) sur la base du calendrier des instances du CHU. Toutefois, en fonction de l'actualité, des séances exceptionnelles peuvent être planifiées.

##### **L'ordre du jour**

Il est élaboré par le Président en lien avec les directeurs de soins.

Les membres de la Commission des soins sont invités à proposer des thématiques pour enrichir les ordres du jour et ainsi valoriser les projets initiés au sein du service pour les professionnels paramédicaux.

Il est transmis aux membres deux semaines avant la date de la réunion.

##### **Le déroulement des séances :**

- **Les présentations effectuées en séances**

La durée moyenne des interventions est fixée à 20 mn (10 mn de présentation et 10 mn d'échanges).

Chaque point de l'ordre du jour fait l'objet d'un rapport de présentation. Les supports de présentation devront parvenir au secrétariat de la Coordination Générale des Soins 8 jours avant la date de la séance. Les présentations devront respecter la charte graphique du CHU de Bordeaux et ne pas excéder 10 diapositives.

La séance est ouverte par le Président après vérification du quorum (membres élus 32 – quorum 16 + 1).

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 8 jours.

La Commission siège alors suivant le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

- **Le vote**

Chaque vote a lieu immédiatement après les débats qui suivent la présentation du sujet, à main levée ou à bulletin secret si au moins un de membres de la Commission le demande.

Les résultats sont communiqués en séance et transmis à la Direction Générale.

- **Le secrétariat et procès-verbal**

Le secrétariat des séances plénières est assuré par le secrétariat de la Coordination Générale des Soins ou des directions de soins de site.

Validé par le Président, puis approuvé en début de séance suivante, il est mis en ligne, pour consultation, sur le site SharePoint du Pôle patients, organisation des soins, recherche paramédicale.

## **5. La participation à la CSIRMT**

La présence des membres de la CSIRMT est retranscrite sur une feuille d'émargement.

### **Comptabilité du temps de travail**

Les activités des membres de la CSIRMT sont réalisées sur le temps de travail effectif. Ce temps peut faire l'objet de récupération en fonction des nécessités de service, validé par l'encadrement.

### **Information de l'encadrement**

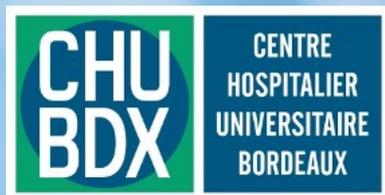
Chaque membre de la CSIRMT doit informer son encadrement des dates et heures des réunions préparatoires et/ou des séances plénières de la CSIRMT dès qu'il en a connaissance.

### **Communication**

Les séances de la CSIRMT ne sont pas publiques. Toutefois, il relève du discernement de chaque membre, en sa qualité de professionnel hospitalier, de relater le contenu des points abordés dans le respect des personnes et des opinions exprimées.

## **6. L'information des membres de la CSIRMT**

Lors de chaque renouvellement de la CSIRMT, les membres titulaires ainsi que les suppléants doivent bénéficier d'une information institutionnelle spécifique leur permettant d'exercer leur mandat (règlement intérieur, textes réglementaires, Projet d'Établissement, Politique de Soins, ...)



# CHARTE DE GOUVERNANCE

---

DU CHU DE BORDEAUX

2023

Version janvier 2023

## Sommaire

<b>I- CADRE GÉNÉRAL DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE DU CHU DE BORDEAUX</b> .....	<b>2</b>
1.1 Le contexte de la charte de gouvernance .....	2
1.1.1 <i>Le contexte réglementaire</i> .....	2
1.1.2 <i>Le rapport Claris de juin 2020</i> .....	2
1.2 Les objectifs généraux de la charte de gouvernance.....	3
<b>II- ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE ENTRE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LE PRÉSIDENT DE LA CME</b> .....	<b>4</b>
2.1. Modalités de gouvernance conjointe entre le Directeur général et le Président de la CME	4
2.1.1 <i>Organisation générale de la gouvernance conjointe</i> .....	4
2.1.2 <i>Le fonctionnement du Directoire</i> .....	4
2.2 La médicalisation des décisions .....	4
2.3 Les relations de la CME avec les directions fonctionnelles .....	5
2.4 La conduite des projets médicaux et structurants.....	6
2.5 La gestion des conflits et désaccords.....	6
2.6 La gouvernance dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle .....	6
2.7 La représentation extérieure .....	7
2.7.1 <i>La représentation auprès des autorités et organismes publics et privés</i> .....	7
2.7.2 <i>Les relations avec les médias</i> .....	7
<b>III- ORGANISATION DES RELATIONS AVEC LES POLES ET LES SERVICES</b> .....	<b>8</b>
3.1. Nomination et révocation des chefs et cheffes de pôles, de services ou responsables de structure interne.....	8
3.1.1. <i>Chefs et cheffes de pôles d'activité clinique ou médicotechnique</i> .....	8
3.1.2. <i>Chefs et cheffes de service et responsables de structure interne ou d'unité fonctionnelle</i> .....	8
3.2. Recrutement des Cadres supérieurs de pôles et cadres de service.....	8
3.3. Les contrats de pôle .....	9
3.4. L'entretien annuel des chefs de pôle avec la Gouvernance .....	9
<b>IV- MOYENS MIS A LA DISPOSITION DU PRÉSIDENT ET DES MEMBRES DE LA CME POUR L'EXERCICE DE LEUR FONCTION</b> .....	<b>9</b>
4.1. Moyens humains .....	9
4.1.1 <i>Nomination d'un collaborateur dédié</i> .....	9
4.1.2 <i>Remplacement du Président de la CME dans le cadre de ses fonctions hospitalières</i> .....	10
4.2. Moyens matériels .....	10
4.3. Moyens financiers .....	10
4.4. Moyens de Formation.....	10
<b>V- ADOPTION ET APPLICATION DE LA CHARTE</b> .....	<b>11</b>

# I- CADRE GÉNÉRAL DE LA CHARTE DE GOUVERNANCE DU CHU DE BORDEAUX

## 1.1 Le contexte de la charte de gouvernance

Les mesures et décisions adoptées par le Ministère des solidarités et de la santé, au travers des accords du Ségur de la santé, ainsi que les travaux menés sur l'avenir du système de santé, principalement le rapport du Professeur CLARIS de juin 2020, ont conduit à réaffirmer que la gouvernance hospitalière repose sur le tandem Directeur général et Président de la Commission Médicale d'Établissement.

Dans l'idée de « Mieux manager pour mieux soigner », cette gouvernance conjointe se décline au travers d'une charte de gouvernance inscrivant les modalités d'exercice des fonctions respectives et la relation entre le Directeur général et le Président de la Commission médicale d'établissement.

### 1.1.1 Le contexte réglementaire

- **L'article L6143-7-3 du Code de la Santé Publique (CSP) et l'Ordonnance du 17 mars 2021 relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital** prévoit une charte de gouvernance conclue entre le PCME et le directeur de l'établissement.
- **La Loi « Rist » du 26 avril 2021** visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification visant une gouvernance équilibrée.
- **Le Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021** relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement
- **La circulaire n° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021** relative à la mise en œuvre du pilier 3 du « Ségur de la santé », et des recommandations et bonnes pratiques de la gouvernance.

### 1.1.2 Le rapport Claris de juin 2020

Proposition de 56 recommandations pour améliorer la gouvernance à l'hôpital public, son organisation interne et supprimer les irritants du quotidien.

## 1.2 Les objectifs généraux de la charte de gouvernance

La présente charte vise à poser les bases d'un travail conjoint, fondé sur la confiance et le partage, entre le Directeur général (DG) et le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME) du CHU de Bordeaux. Elle relève d'une démarche de co-construction entre le PCME et le DG, faisant l'objet d'une cosignature et d'une présentation pour information à la CME et au directoire.

### Elle différencie :

- les responsabilités confiées au Directeur général, Président du Directoire, qui, de par sa nomination, conduit la politique générale de l'établissement et en assure la représentation légale,
- et celles confiées au Président de la CME, Vice-Président du Directoire, qui, de par son élection, représente la communauté médicale et le rend responsable de la coordination de la politique médicale (missions réglementaires du PCME).

Elle instaure un fonctionnement concerté et structure un processus de réflexion et de décision abouti et partagé entre PCME et DG :

- qui est révisé selon l'évolution de la réglementation et en accord commun entre le DG et le PCME, et qui permet lors des renouvellements de PCME d'avoir une base de travail commune,
- qui est conforté par la mise en place des CMG de GHT et les liens nouveaux qu'ils instaurent avec les directeurs d'établissement.

Elle précise, que le Doyen de médecine et le Président du Collège santé sont associés aux discussions stratégiques concernant l'établissement et contribuent ainsi à la définition de la stratégie hospitalo-universitaire de l'établissement. Le Président du Collège santé est Vice-Président du directoire, membre consultatif du conseil de surveillance et de la CME. Le Doyen est associé au processus de choix des chefs de service et à la nomination des chefs de pôle.

### La présente charte se décline en plusieurs chapitres :

- Les modalités de la gouvernance conjointe
- La médicalisation des décisions
- Les relations avec les directions fonctionnelles
- La représentation extérieure de l'établissement
- L'accompagnement dans la conduite de projets médicaux et structurants
- Les modalités de gestion des désaccords
- Les modalités de gouvernance dans le cadre de crise sanitaire / Plan blanc
- L'organisation des relations avec les pôles et les services
- Les moyens de formation, matériels et humains mis à disposition du PCME.

## II- ORGANISATION DE LA GOUVERNANCE ENTRE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL ET LE PRÉSIDENT DE LA CME

### 2.1. Modalités de gouvernance conjointe entre le Directeur général et le Président de la CME

#### 2.1.1 *Organisation générale de la gouvernance conjointe*

La gouvernance conjointe se bâtit sur la confiance réciproque et le respect mutuel entre le Directeur général et le Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Bordeaux.

Elle repose sur des rencontres régulières, programmées et non programmées entre le Directeur général et le Président de la CME, en associant selon les cas le Directeur Général Adjoint (DGA) et les vice-Présidents de la CME.

Le Président de la CME coordonne, en lien avec le Directeur général, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le projet d'établissement et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et en lien avec le projet soignant, pour constituer le projet médico-soignant.

Ils se concertent lorsque des sujets concernant la gouvernance conjointe sont à l'ordre du jour des instances, commissions ou assemblées générales médicales.

D'un commun accord, le Directeur général peut être invité aux réunions de tout ou partie de la communauté médicale organisées par le Président de la CME (hormis la CME dont il fait partie), et le Président de la CME peut être invité à tout ou partie du Comité de direction.

#### 2.1.2 *Le fonctionnement du Directoire*

Conformément à l'article L6143-7-5 du CSP, la composition du Directoire doit assurer une représentation médicale et soignante. Le Directeur général nomme les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique sur une liste de propositions établie conjointement par le PCME et le Président du Collège santé, Vice-président du directoire.

L'ordre du jour du Directoire est préparé conjointement entre le DG et le PCME. Les éléments d'information ou documents du Directoire sont transmis au moins 48 heures avant. Le relevé de concertation du Directoire est cosigné par le DG et le PCME.

## 2.2 La médicalisation des décisions

Le Directeur général, le Président de la CME, et lorsque les sujets les concernent le ou les Doyen(s) concerné(s), se concertent sur les arbitrages relatifs aux projets stratégiques, aux investissements lourds, aux modifications de périmètre d'équipe ou aux décisions territoriales, ayant un impact sur les

organisations ou l'activité médicale, en conformité avec le plan stratégique de l'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et le projet médical partagé.

Le Président de CME s'appuie sur deux Vice-Présidents de CME ainsi que sur un bureau comprenant les Présidents de Comité Consultatif Médical (CCM) et des représentants médicaux de chaque pôle, le Coordonnateur général des soins et la Directrice des affaires médicales sont membres invités.

Le Président de la Commission Médicale de Groupement (CMG) est sollicité lorsque les sujets relèvent de l'organisation médicale au sein du GHT.

Sauf nécessité calendaire, pour certains sujets en lien avec l'organisation ou l'activité médicale, le Président de la CME et le Directeur général peuvent informer et consulter la CME avant leur passage en directoire.

Une réunion hebdomadaire réunit le Directeur général, le Président de la CME, le Directeur Général Adjoint, les Vice-Présidents de la CME et le Secrétaire général afin d'assurer un dialogue constant sur l'ensemble de ces sujets.

Un Conseil stratégique a également lieu plusieurs fois par mois, associant le Président de CME, la Direction générale, les membres de l'équipe de direction concernés ainsi que le Président du Collège santé et le Doyen de médecine.

La révision des effectifs hospitaliers est conduite conjointement entre le Président de CME et le Directeur des affaires médicales et s'appuie sur une commission ad hoc à la composition majoritairement médicale.

## 2.3 Les relations de la CME avec les directions fonctionnelles

Le Président de la CME, les Vice-Présidents de la CME et les Présidents des sous-commissions de la CME peuvent recourir à l'expertise des directions fonctionnelles, en sollicitant auprès des directeurs concernés les informations nécessaires au travail sur des projets ou à la préparation des instances de gouvernance. Le partage d'informations doit reposer notamment sur les tableaux de bord de l'établissement qui doivent être facilement accessibles pour l'ensemble des responsables.

Ils travaillent conjointement avec les directions sur les sujets qui entrent dans leurs champs de compétences respectifs, notamment sur les sujets relatifs à l'organisation médicale de l'établissement, aux ressources humaines médicales, à l'amélioration de la qualité de la sécurité et de la pertinence des soins, aux conditions d'accueil des usagers, à la recherche, aux finances, au système d'information hospitalier, entre autres, dans la limite de leurs attributions par la CME, du règlement intérieur de la CME ou de la sous-commission de la CME, et de leurs habilitations.

Les directions concernées peuvent être invitées aux bureaux de CME.

Des réunions bilatérales sont organisées chaque semaine entre le Président de CME, la Direction des affaires médicales, le Secrétariat général et le Directeur général adjoint.

## 2.4 La conduite des projets médicaux et structurants

Le Directeur général et le Président de la CME s'engagent à ce que les différents projets améliorant la prise en charge des patients ou conduisant au développement de nouvelles activités médicales puissent être menés dans un cadre favorable à leur déploiement, associant l'ensemble des professionnels.

Le Directeur général et le Président de la CME veillent à ce que l'ensemble des personnels, médicaux et non médicaux, puissent proposer et conduire des projets et bénéficier d'un accompagnement adéquat, en conformité avec les orientations stratégiques et prioritaires du CHU et les modalités de financement.

Au sein du CHU de Bordeaux, concernant les projets de développement d'activité sont proposés au Comité d'Appui à la Performance (CAP).

Le Directeur général et le Président de la CME arrêtent, conjointement, le cadre du fonctionnement du CAP pour l'examen des principaux projets. Ils nomment, de concert, respectivement un membre de l'équipe de direction et un membre de la CME, chargés de copiloter le CAP.

Son fonctionnement, ses process et la priorisation des orientations sont définis après concertation lors du premier directoire de l'année civile, qui se prononce également sur les orientations stratégiques et prioritaires. Un point d'étape est réalisé en directoire de fin de premier semestre.

## 2.5 La gestion des conflits et désaccords

En cas de désaccord, sur les sujets relevant de la codécision (organisation des pôles cliniques et médico-techniques ; l'organisation des structures internes, services et unités fonctionnelles, nomination des chefs de pôles et des chefs de services ; signature des contrats de pôles entre autres sujets ; nouveaux projets), le Directeur général et le Président de la CME s'emploient à trouver une voie de compromis. Ces sujets peuvent faire l'objet d'une discussion en Directoire.

Pour les autres sujets, la décision est arrêtée par l'autorité compétente au sein de l'établissement.

## 2.6 La gouvernance dans le cadre d'une situation sanitaire exceptionnelle

Le Directeur général définit et arrête le plan blanc et de l'ensemble des plans de crise du CHU de Bordeaux, après concertation avec le Président de la CME et ses représentants, le Directeur du SAMU/SMUR et le Coordonnateur général des soins.

En cas de déclenchement d'un plan de crise, le Directeur général et le Président de la CME assurent une gestion conjointe de la crise et co-président les cellules de crise.

Lorsqu'il existe des cellules de crise préfectorales, d'une Agence régionale de santé ou bien en lien avec une métropole ou un rectorat, la représentation de l'établissement y est assurée par le chef d'établissement ou son représentant. Il associe le PCME ou son représentant si le sujet le nécessite.

## 2.7 La représentation extérieure

### 2.7.1 *La représentation auprès des autorités et organismes publics et privés*

Lorsque le sujet s'y prête, concerne la stratégie de l'établissement ou son organisation médicale, le Président de la CME, ou son représentant, accompagné éventuellement des Vice-présidents de la CME, participe avec le Directeur général aux réunions ou échanges avec des autorités, établissements, structures ou organismes, extérieurs à l'établissement, qu'ils soient publics ou privés, le ou les ministère(s) concerné(s), l'ARS, la Préfecture ou les collectivités territoriales.

Les différentes réunions institutionnelles sont préparées en amont conjointement entre le Directeur général et le Président de la CME, avec le concours des directions fonctionnelles et les deux se concertent pour définir, autant que possible une position commune qu'ils défendront conjointement devant les différentes autorités, structures ou organismes.

En cas de positions divergentes, le Directeur général et le Président de la CME s'informent de leurs positions respectives.

Le PCME, éventuellement accompagné des Vice-présidents, peut solliciter des réunions auprès de l'ARS, la Préfecture, la Région... dès lors qu'elles concernent ou impactent l'organisation médicale de l'établissement. Ces réunions sont préparées en amont conjointement entre le Directeur général, ou son représentant, et le PCME.

### 2.7.2 *Les relations avec les médias*

Conformément au Règlement Intérieur, l'accès des professionnels de la presse doit en toutes circonstances être autorisé par le Directeur général

Le Directeur général et le Président de la CME s'informent mutuellement de leurs interventions, en amont d'une prise de parole. Dans la mesure du possible, en lien avec la Direction de la Communication, ils portent un message commun ou à défaut ils font connaître leurs prises de position respectives.

Leurs interventions ne doivent pas causer de préjudice individuel ou collectif, ni porter atteinte à l'image du CHU de Bordeaux.

## III- ORGANISATION DES RELATIONS AVEC LES POLES ET LES SERVICES

### 3.1. Nomination et révocation des chefs et cheffes de pôles, de services ou responsables de structure interne

#### 3.1.1. *Chefs et cheffes de pôles d'activité clinique ou médicotechnique*

Le Directeur général, le Président de la CME et le ou les Doyen(s) concerné(s), nomment conjointement les chefs ou cheffes de pôle d'activité clinique ou médico-technique pour une durée de 4 ans renouvelable en principe une fois.

Il est mis fin aux fonctions de Chef ou Cheffe de pôle, par décision conjointe du Directeur général, du Président de la CME et du ou des Doyen(s) concerné(s), lorsque l'intérêt du service l'exige ou lorsque le Chef de pôle se rend responsable de comportements incompatibles avec l'exercice de ses fonctions ou portant atteinte à la dignité de la fonction.

#### 3.1.2. *Chefs et cheffes de service et responsables de structure interne ou d'unité fonctionnelle*

Le Directeur général et le Président de la CME nomment conjointement, pour une durée de 4 ans renouvelable, les Chefs ou Cheffes de service et les responsables de structure interne ou d'unité fonctionnelle de pôle, après présentation par les candidats à la chefferie de leur projet médico-soignant de service. Le Doyen concerné est consulté sur les nominations de Chefs de service et assiste à l'audition.

Il est mis fin aux fonctions de Chef de service, de responsable de structure interne ou d'unité fonctionnelle des pôles d'activité clinique ou médico-technique, par décision conjointe du Directeur général, du Président de la CME après avis du Chef de pôle ou sur proposition de ce dernier, lorsque l'intérêt du service l'exige ou lorsque l'intéressé se rend responsable de comportements incompatibles avec l'exercice de ses fonctions ou portant atteinte à la dignité de la fonction.

### 3.2. Recrutement des Cadres supérieurs de pôles et cadres de service

La procédure de nomination des Cadres supérieurs de santé des pôles d'activité clinique ou médicotechnique et des Cadres de santé des services est élaborée et assurée par la Coordination générale des soins. Après une première sélection par le Coordonnateur général des soins et les Directeurs des soins, les candidats au poste de Cadre supérieur de santé de pôle d'activité clinique ou médicotechnique présentent leur candidature, au Directeur des soins référent du site et au Chef de pôle d'activité clinique ou médicotechnique. Le Directeur référent est informé.

Les candidats aux postes de Cadre de service sont présélectionnés par les directions des soins en concertation avec le Cadre supérieur de santé du pôle. Le Coordonnateur général de soins est également concerté pour avis. Le Cadre de santé du service est nommé par le Directeur des soins référent du site après avis du Chef de service concerné. Le Chef de pôle et le Directeur référent sont informés.

### 3.3. Les contrats de pôle

Après concertation, le Directeur général, le Président de la CME et le ou les Doyen(s) cosignent, pour une durée de 4 ans, les contrats de pôle qui précisent les objectifs assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués et fixent les indicateurs permettant d'évaluer la réalisation de leurs objectifs.

Il définit le champ et les modalités des délégations de gestion accordés au Chef de pôle lui permettant d'engager des dépenses relatives à la gestion des ressources humaines médicales et non médicales et à la gestion économique (dépenses à caractère médical et hôtelier).

Pour la réalisation de leurs objectifs les Chefs de pôles peuvent s'appuyer sur l'expertise des directions fonctionnelles.

Une fois par an, un bilan du contrat de pôle est réalisé, avec l'appui des directions fonctionnelles. Ce bilan est présenté au pôle, en présence du Directeur général et du Président de la CME.

### 3.4. L'entretien annuel des chefs de pôle avec la Gouvernance

Les Chefs et Cheffes de pôle bénéficient d'un entretien annuel avec le Président de la CME, éventuellement accompagné du Directeur général, et pouvant associer le ou les Doyen(s) concerné(s), qui permet d'échanger sur le bilan et les perspectives en termes d'organisation, de gestion et des projets du pôle et de l'institution ; un deuxième temps d'entretien peut être dédié aux projets relatifs à la recherche et à l'enseignement au sein du pôle.

## IV- MOYENS MIS A LA DISPOSITION DU PRESIDENT ET DES MEMBRES DE LA CME POUR L'EXERCICE DE LEUR FONCTION

### 4.1. Moyens humains

#### 4.1.1 Nomination d'un collaborateur dédié

Conformément à l'article D6143-37-4 du CSP, le Président de la CME dispose d'un collaborateur dédié pour l'assister dans le cadre de ses missions.

Au CHU de Bordeaux, ce collaborateur choisi par le PCME en accord avec le Directeur général, est un fonctionnaire titulaire de catégorie C ou professionnel contractuel de niveau équivalent.

Le poste correspond à 0.5 ETP pour la CME. Le poste peut faire l'objet d'une sélection après publication de la fiche de poste et appel à candidature.

#### *4.1.2 Remplacement du Président de la CME dans le cadre de ses fonctions hospitalières*

Le Président de la CME est remplacé dans ses fonctions hospitalières pour l'exécution de son mandat. Le service bénéficie d'une assise d'un mi-temps de praticien hospitalier pour effectuer ce remplacement pour la durée de son mandat.

Le Directeur général procède au remplacement sur la base des candidatures proposées par le PCME.

### 4.2. Moyens matériels

Pour l'exercice des missions de la CME et de son Président, des bureaux sont mis à la disposition du Président de la CME et de son collaborateur, ainsi que des moyens informatiques et téléphoniques dédiés et un accès à des salles de réunion.

En lien avec la Direction de la Communication et de la Culture, la CME peut s'appuyer sur tous moyens de communication institutionnelle pour informer la communauté médicale d'éléments pertinents pour elle :

- Publication dans des revues internes ;
- Réseaux sociaux ;
- Autres moyens de communication.

La CME dispose d'un espace de communication dédié sur l'intranet du CHU.

La CME et ses membres peuvent solliciter les directions fonctionnelles et les services techniques et informatiques dans le cadre des besoins de leurs activités.

### 4.3. Moyens financiers

Dans le cadre de leurs missions, le Président et les Vice-Présidents de la CME bénéficient de la prise en charge de leurs dépenses et des coûts induits par leurs déplacements professionnels.

Le Président de la CME et le Président de la CMG bénéficient de la prime réglementaire prévue par les textes en lien avec leurs fonctions.

### 4.4. Moyens de Formation

Conformément à l'article D6143-37-5 du CSP, une formation peut être proposée au Président de la CME et aux Vice-Présidents de la CME à l'occasion de leur prise de fonction. Cette formation se doit d'être adaptée à l'exercice de hautes responsabilités. Le programme de cette formation est déterminé conjointement par le Directeur général et le PCME.

A la demande du Président de la CME, ce dernier peut bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la poursuite de son activité ou la reprise de l'ensemble de ses activités médicales.

## V- ADOPTION ET APPLICATION DE LA CHARTE

La présente charte est signée par le Directeur général et le Président de la CME du CHU de Bordeaux, après information de la CME et du Directoire.

La charte est applicable pour l'ensemble de la durée d'exercice des fonctions respectives du Directeur général et du Président de la CME. Elle reste applicable en cas d'intérim du Directeur Général ou de vacance de la Présidence de la CME.

Elle est modifiée d'un commun accord par le Directeur général et le Président de la CME, compte tenu des évolutions législatives ou réglementaires relatives à l'organisation de la gouvernance au sein des établissements publics de santé.

La charte de gouvernance étant *intuite personae*, elle est signée à la suite de la nomination d'un nouveau Directeur général ou de l'élection d'un nouveau Président de la CME.

Signature

M. Yann BUBIEN  
Directeur Général  
du CHU de Bordeaux

Signature

M. le Professeur Nicolas GRENIER  
Président de la Commission Médicale d'Établissement  
du CHU de Bordeaux

# **DEPARTEMENT DE LA GIRONDE**

## **REGLEMENT INTERIEUR**

### **COMMISSION CONSULTATIVE PARITAIRE**

#### **DU DEPARTEMENT DE LA GIRONDE**

# Sommaire

## **Section I – Attributions et compétences de la CCP p. 3**

- 1) Saisines obligatoires de la CCP
- 2) Saisines de la CCP à la demande de l'agent

## **Section II – Constitution et composition de la CCP p. 4**

- 3) Composition de la Commission Consultative Paritaire
- 4) Durée du mandat
- 5) Remplacement en cours de mandat
- 6) Vacance de siège
- 7) La présidence
- 8) Le secrétariat

## **Section III – Fonctionnement de la CCP p. 6**

- 9) Périodicité des séances
- 10) Convocation
- 11) Ordre du jour
- 12) Quorum
- 13) Déroulement des séances
- 14) Avis et vote
- 15) Procès -verbal

## **Section IV – Facilités de service accordées aux membres de la CCP p. 8**

- 16) Autorisations spéciales d'absence
- 17) Frais de déplacement
- 18) Accès aux documents

## **Section V – Modalités de modifications du règlement intérieur de la CCP p. 9**

## **Textes applicables**

Décret modifié n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires compétentes à l'égard des agents contractuels de la fonction publique hospitalière

## **Préambule**

---

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, les conditions de fonctionnement de la commission consultative paritaire du département de la Gironde.

## **Section I- Attributions et compétences de la CCP**

---

La commission consultative paritaire est une instance de représentation et de dialogue qui est consultée à propos des questions d'ordre individuel relatives aux contractuels.

Elle émet des avis ou des propositions mais la décision appartient, dans tous les cas, au Directeur d'appartenance de l'agent contractuel ou à son représentant.

La CCP est un organisme paritaire et comprend en nombre égal des représentants de l'administration et des représentants des personnels.

### **Article 1 – Saisines obligatoires de la CCP**

La commission consultative paritaire est obligatoirement consultée, pour avis, sur les questions d'ordre individuel suivantes :

- licenciement intervenant postérieurement à la période d'essai (notamment pour inaptitude physique définitive, pour des licenciements faisant suite à une disparition ou transformation du besoin, à la suppression ou transformation d'emploi, au refus d'une modification d'un élément substantiel du contrat) ;
- non-renouvellement du contrat des personnes investies d'un mandat syndical ;
- sanctions disciplinaires autres que l'avertissement, le blâme et l'exclusion temporaire des fonctions avec retenue de rémunération pour une durée maximale de trois jours.
- décisions refusant le bénéfice du congé pour formation syndicale prévu à l'article L.21-1 du code général de la fonction publique
- décisions refusant le bénéfice du congé pour formation dans les conditions fixées par le III de l'article 75 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement
- décisions de refus d'une demande d'actions de formation, d'une période de professionnalisation ou d'une demande de congé de formation professionnelle dans les cas prévus respectivement aux articles 7,18 et 30 du décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

- décisions ayant pour objet de dispenser un agent de l'obligation mentionnée au deuxième alinéa de l'article 36 du décret n° 91-155 du 06 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière

## **Article 2 – Saisines à la demande de l'agent**

La CCP est saisie pour avis, à la demande de l'agent intéressé sur les questions d'ordre individuel relatives :

- aux refus d'autorisation d'accomplir un service à temps partiel ;
- aux refus de congés pour formation syndicale, congés pour formation de cadres et d'animateurs pour la jeunesse, congés pour formation professionnelle, congés pour raisons familiales ou personnelles pour création d'entreprise ou de mobilité ;
- aux refus d'autorisation d'absence pour suivre une action de préparation à un concours administratif ou à l'accès à une école, institution ou cycle préparatoire à la fonction publique ou une action de formation continue.
- La commission consultative paritaire peut également, à la demande de l'agent, se prononcer sur la révision du compte-rendu de l'entretien professionnel, sous réserve qu'il ait au préalable exercé un recours hiérarchique.
- Les décisions refusant une demande de mobilisation du compte personnel de formation, en application des articles L. 422-11 et L. 422-13 du code général de la fonction publique
- Les décisions refusant une demande initiale ou de renouvellement de télétravail formulée par un agent dans les conditions de l'article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique
- Les décisions refusant une demande de congés au titre du compte épargne-temps
- Les décisions refusant le bénéfice des congés prévus au 2° de l'article 9 et aux articles 18 à 20, 22 et 31-2 du décret N) 91-155 du 06 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière

## **Section II - Constitution et composition de la CCP**

---

**Article 3 – Composition de la Commission Consultative Paritaire** (Arrêté du 8 janvier 2018 relatif aux commissions consultatives paritaires)

La Commission Consultative Paritaire comprend un nombre égal des représentants du personnel et de l'administration.

Compte tenu de l'effectif des agents contractuels représentés, le nombre de sièges est fixé pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2023 au 31 décembre 2026 à 6 membres.

Les représentants du personnel ont été élus le 8 décembre 2022.

Les représentants de l'administration ont été désignés par le directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, en charge de la gestion de la commission.

Les suppléants sont en nombre égal à celui des titulaires.

Les membres suppléants peuvent assister aux séances de la commission consultative paritaire sans pouvoir prendre part aux débats. Sous réserve des règles définies dans l'arrêté du 8 janvier 2018 chaque suppléant peut remplacer tout membre titulaire élu sur la même liste.

Un agent, membre de la CCP, ne peut siéger lorsque la commission doit émettre un avis le concernant à titre individuel.

La désignation des représentants du personnel et de l'administration a été établie par la décision du directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux n°2022-82 UAJ en date du 12 décembre 2022 . L'actualisation de cette décision et son archivage sont assurés par l'Unité des affaires juridiques du Pôle des Ressources humaines du CHU de Bordeaux.

Lorsqu'une commission consultative paritaire siège en matière disciplinaire, sont appelés à délibérer les représentants du personnel occupant un emploi de niveau au moins égal à la catégorie (A, B ou C) de l'agent dont le dossier est examiné, ainsi qu'un nombre égal de représentants de l'administration.

#### **Article 4 – Durée du mandat**

La durée du mandat est de quatre ans renouvelables.

#### **Article 5 - Remplacement en cours de mandat et fin de mandat**

- Pour les représentants de l'administration :

Leur mandat expire lorsqu'ils cessent définitivement les fonctions en raison desquelles ils ont été nommés ou qu'ils ne réunissent plus les conditions exigées par l'article 2 de l'arrêté du 8 janvier 2018 précité.

- Pour les représentants du personnel :

La durée du mandat de tout agent cesse par suite de démission, d'un licenciement, d'une mise en congé de grave maladie, d'une mise à la retraite, d'une sanction disciplinaire d'exclusion temporaire de fonctions d'au moins trois mois non amnistiée ou non relevée, ou d'une des incapacités énoncées à l'article L.5 et L.6 du code électoral.

En cas de remplacement en cours de mandat d'un membre titulaire ou suppléant de la CCP, la durée du mandat du remplaçant est limitée à la durée restant à courir jusqu'au renouvellement général des différentes instances du personnel.

Le représentant du personnel dont le mandat cesse par suite de démission, d'un licenciement, d'une mise en congé de grave maladie, d'une mise à la retraite, d'une sanction disciplinaire d'exclusion temporaire de fonctions d'au moins trois mois non amnistiée ou non relevée, ou d'une des incapacités énoncées à l'article L.5 et L.6 du code électoral prévient sans délai l'Unité des affaires juridiques du Pôle des Ressources humaines du CHU de Bordeaux de sa situation.

#### **Article 6 - Vacance de siège**

En cas de vacance, pour quelle que cause que ce soit, du siège d'un représentant titulaire ou suppléant de l'administration, un nouveau représentant est désigné par le directeur de l'établissement gestionnaire.

En cas de vacance du siège d'un représentant titulaire ou suppléant du personnel, le siège est attribué, pour la durée du mandat restant à courir, à l' élu suivant de la même liste, lui-même remplacé à la fin de la liste des suppléants par le premier des candidats non élus.

Lorsque la liste des candidats ne comporte plus aucun nom, les sièges laissés vacants sont attribués par l'organisation syndicale concernée par la désignation d'agents contractuels éligibles au moment où se fait la désignation, pour la durée du mandat restant à courir.

Lorsqu'un représentant du personnel, membre titulaire ou suppléant de la commission, change d'établissement ou est nommé fonctionnaire stagiaire ou titulaire, il continue de siéger pour la commission au titre de laquelle il a été élu, s'il demeure en fonction dans un établissement au sein du même département.

#### **Article 7 – La présidence**

Le directeur de l'établissement gestionnaire de la CCP ou son représentant assure la présidence. Le président désigne, pour le remplacer en cas d'empêchement, un autre représentant de l'administration, membre de la commission consultative paritaire.

Le président ouvre les séances, dirige et veille au bon déroulement des débats. Il décide de la suspension de séance. Il clôt le débat, soumet au vote et lève la séance.

#### **Article 8 – Le secrétariat**

Le secrétariat de la CCP est assuré par l'établissement qui en assure la gestion.

Un représentant du personnel est désigné, lors de chaque séance, pour exercer les fonctions de secrétaire adjoint.

Le secrétaire établit un procès-verbal de chaque séance.

Ce procès-verbal est signé par le président, le secrétaire et le secrétaire adjoint et transmis dans un délai d'un mois, aux membres de la commission par voie dématérialisée sur les adresses nominatives professionnelles des membres de la CCP.

### **Section III – Fonctionnement de la CCP**

---

#### **Article 9 - Périodicité des séances**

La commission tient au moins deux réunions par an, dans les locaux de l'établissement gestionnaire, sur convocation de son président :

- soit à l'initiative de ce dernier,
- soit à la demande écrite du tiers de ses membres titulaires.

Dans ce dernier cas, la CCP se réunit dans le délai maximal d'un mois à compter de la saisine.

Un calendrier semestriel des CCP contenant les dates prévisionnelles sera envoyé à l'ensemble des représentants du personnel et de l'administration en milieu/fin de semestre pour le semestre suivant.

#### **Article 10 - Les convocations**

Les convocations accompagnées de l'ordre du jour de la séance et des dossiers confidentiels associés, sont adressées aux représentants titulaires et suppléants par mail sur leurs adresses nominatives professionnelles au moins deux semaines avant la date de la réunion.

Elles précisent le jour, l'heure et le lieu de la réunion.

En cas d'urgence ou en cas de circonstances particulières et, dans ce dernier cas, sauf opposition de la majorité des membres représentants du personnel et à l'exception des commissions qui se réunissent en matière disciplinaire, le président de la commission peut décider qu'une réunion des commissions consultatives paritaires sera organisée par conférence audiovisuelle, ou à défaut téléphonique, sous

réserve qu'il soit techniquement en mesure de veiller, tout au long de la séance, au respect des règles posées en début de celle-ci.

Le président de la CCP veille à ce que les membres reçoivent communication de toutes les pièces et documents nécessaires.

Tout membre titulaire de la CCP qui ne peut se rendre à la convocation en informe immédiatement le secrétariat de la CCP, par tous les moyens, afin que celui-ci convoque selon le cas :

- un suppléant du représentant de l'administration,
- un suppléant des représentants du personnel de la même organisation syndicale que le titulaire.

Lorsqu'un représentant du personnel titulaire ne peut siéger, sans qu'il s'agisse d'un cas d'empêchement définitif, il est remplacé par un suppléant de la même liste. Lorsque ni le titulaire ni le suppléant ne peuvent siéger, il n'y a pas lieu de pourvoir à leur remplacement. La composition est alors réduite aux seuls membres habilités à siéger.

La représentation de l'administration est réduite dans les mêmes proportions dans les seuls cas où l'empêchement résulte de l'application de dispositions réglementaires.

#### **Article 11 – L'ordre du jour**

L'ordre du jour de chaque réunion de la CCP est fixé par son président au vu des propositions des directeurs d'établissement.

Il comprend, le cas échéant, les questions relevant de la compétence de la commission dont l'examen a été demandé directement par l'agent intéressé en application du décret n°91-155 précité.

Les dossiers accompagnés de toutes les pièces nécessaires à son examen, que les établissements du département souhaitent soumettre à la CCP, doivent être réceptionnés par l'établissement gestionnaire au plus tard un mois avant la réunion de la CCP. Passé ce délai, les dossiers seront présentés à une séance ultérieure.

#### **Article 12 – Le quorum**

Le président de la CCP ouvre la séance après avoir vérifié que les conditions du quorum sont bien remplies, soit les trois quarts au moins de ses membres ayant voix délibérative présents à l'ouverture de la séance (à savoir 9 membres sur 12).

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle convocation est envoyée dans un délai de huit jours aux membres présents ayant voix délibérative.

#### **Article 13 – Le déroulement de la séance**

Les séances ne sont pas publiques.

En début de réunion, le secrétaire fait l'appel afin de vérifier l'atteinte du quorum et communique à la CCP la liste des participants excusés.

Lorsqu'au moment de l'ouverture de la séance, un déséquilibre est constaté entre les représentants de l'administration et du personnel, le nombre de votant est alors réduit afin que la parité soit appliquée parmi les membres de la CCP.

Les représentants de la CCP ne pouvant voter pour les raisons définies ci-dessus, seront désignés à l'ouverture de la commission. Ceux-ci pourront toutefois participer aux débats.

Lorsque le président de la CCP annonce l'ordre du jour, les dossiers à traiter peuvent être examinés dans un ordre différent de celui fixé par ce dernier, à la majorité des suffrages exprimés.

Des documents complémentaires peuvent, le cas échéant, être communiqués pendant la séance.

#### **Article 14 – Avis et vote**

Si l'avis de la CCP ne lie pas l'établissement d'origine de l'agent contractuel, il est cependant obligatoire dans les cas prévus par la réglementation.

La CCP émet ses avis à la majorité des suffrages exprimés. Lorsqu'elle siège en matière disciplinaire son avis est requis à la majorité des membres présents.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée ou, à la demande d'au moins un tiers des membres présents, à bulletin secret.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné et la proposition formulée.

Lorsque le directeur d'un établissement du département prend une décision différente de l'avis ou de la proposition émis par la commission, il informe dans le délai d'un mois la commission des motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre cet avis ou cette proposition.

Aucun vote par procuration n'est accepté.

Les représentants suppléants de l'administration et du personnel qui ne remplacent pas un représentant titulaire défaillant peuvent assister aux réunions de la commission. Ils ne peuvent prendre part aux débats et aux votes. Leur temps s'impute sur l'article 15 du décret du 19 mars 1986 relatif au droit syndical.

Les avis sont portés à la connaissance des établissements concernés et de leurs agents.

#### **Article 15 – Le procès-verbal**

Le secrétaire, assisté du secrétaire adjoint, établit le procès-verbal de la réunion.

Ce procès-verbal est signé par le président, le secrétaire et le secrétaire adjoint et transmis dans un délai d'un mois, aux membres de la commission par voie dématérialisée sur les adresses nominatives des membres de la CCP.

Le procès-verbal doit contenir au minimum les informations suivantes:

- nom de la commission consultative paritaire
- date et objet de la séance
- nom et qualité du président
- liste des membres siégeant avec voix délibérative et leur qualité (représentant de l'administration ou du personnel, grade)
- le compte-rendu des débats
- résultats des votes faisant apparaître leur répartition (favorables, défavorables, nuls) ainsi que les abstentions.

### **Section IV – Facilités de service accordées aux membres de la Commission Consultative Paritaire**

---

#### **Article 16 - Autorisation d'absence**

Les représentants du personnel, titulaires ou suppléants, appelés à prendre part aux séances bénéficient d'une autorisation d'absence pour participer aux réunions sur simple présentation de leur convocation, au titre de l'article 15 du décret du 19 mars 1986 relatif au droit syndical.

La durée de l'autorisation spéciale d'absence comprend outre les délais de route et la durée prévisible de la réunion, un temps égal au double de la durée de la réunion pour en assurer la préparation et le suivi.

Les suppléants siégeant en sus des agents titulaires ont un temps syndical décompté au titre de l'article 15, selon les modalités définies avec leur établissement.

#### **Article 17 - Frais de déplacement**

Les membres de la CCP ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans cette instance.

Les participants siégeant avec voix délibérative sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement selon le barème applicable aux fonctionnaires en prenant pour référence leur adresse administrative.

L'établissement en charge de cette indemnisation est l'établissement d'affectation du représentant de la CCP.

#### **Article 18 – Accès aux documents nécessaires**

Toute facilité doit être donnée aux membres de la CCP pour leur permettre d'exercer leurs attributions.

En outre, communication doit leur être donnée de toute pièce ou tout document nécessaire à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard deux semaines avant la date de la réunion.

Dans un délai de dix jours précédant la réunion, les membres de la CCP ont accès, sur leur demande et au sein de l'établissement d'origine de l'agent, aux dossiers individuels des agents dont la situation est examinée en commission.

Ils sont soumis à l'obligation de discrétion professionnelle en ce qui concerne tous les faits et documents dont ils ont eu connaissance en cette qualité.

### **Section V – Modification du règlement intérieur de la CCP**

---

Le présent règlement pourra être modifié :

- en fonction de l'évolution de la réglementation
- lors de chaque renouvellement de la CCP

Signature :

Le président de la CCP,  
Arnaud CHAZAL

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

## **Annexe au Règlement Intérieur**

# **REGLEMENT DE LA COMMISSION DES MARCHES DE S JURY S DE CONCOURS ET DES MARCHES GLOBAUX**

## Partie 1 : Règlement de la commission des marchés

### **Titre I - Composition de la commission des marchés**

#### **Article 1 : Présidence de la commission des marchés**

La commission des marchés du CHU de Bordeaux est présidée par le Directeur Général de l'établissement ou par son représentant. Par délégation ~~du Directeur Général~~, le Directeur général adjoint est le président de la commission des marchés. En cas d'indisponibilité de ce dernier, la commission des marchés est présidée par le Secrétaire général ou le directeur des finances du CHU. Les fonctions de Directrice du Pôle Nouvel Hôpital et ressources opérationnelles, d ~~(et les directeurs de ce pôle)~~ et du directeur du Numérique  ~~sont incompatibles avec la présidence de la commission des marchés.~~

#### **Article 2 : Membres de la commission des marchés**

##### **2-1 Membres à voix délibérative**

Les membres à voix délibératives sont désignés par décision de Monsieur le Directeur Général du CHU de Bordeaux.

##### **2-2 Membres à voix consultative**

Monsieur le Trésorier du CHU ou son représentant.

Monsieur le Directeur Régional ~~de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités des entreprises de la concurrence de la consommation du travail et de l'emploi~~ ou son représentant.

### **2-3 Personnes pouvant participer aux travaux de la commission, avec voix consultative**

Les agents des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire « Alliance Gironde » compétents sur les sujets abordés et les prestataires extérieurs chargés d'une mission de maîtrise d'œuvre ou d'assistance à maîtrise d'ouvrage.

### **2-4 Personnes ne pouvant pas participer aux travaux de la commission**

Les personnes pour l'exercice duquel est opéré l'achat.

## **Article 3 : Règles communes de fonctionnement**

### **3-1 Composition de la commission des marchés**

La commission des marchés est composée d'un président, des quatre membres à voix délibérative (deux membres du CHU, deux membres des établissements parties) et des deux membres à voix consultative.

### **3-2 Quorum**

Le quorum est atteint lorsque sont présents le président et un membre à voix délibérative.

### **3-3 Voix prépondérante**

En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

### **3-4 Prévention du risque de conflit d'intérêt**

#### **3.4.1 Définition du conflit d'intérêt**

L'article 2 de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique définit la notion de conflit d'intérêt comme « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction ».

Le code de la commande publique, à son article L.2141-10, rajoute, plus précisément pour les marchés publics, « L'acheteur peut exclure de la procédure de passation du marché les personnes qui, par leur candidature, créent une situation de conflits d'intérêts, lorsqu'il ne peut être remédié par d'autres moyens. Constitue une telle situation toute situation dans laquelle une personne qui participe au déroulement de la procédure de passation du marché ou est susceptible d'en influencer l'issue a, directement ou indirectement, un intérêt financier, économique ou tout autre intérêt personnel qui pourrait compromettre son impartialité ou son indépendance dans le cadre de la procédure de passation du marché ».

#### **3.4.2 Gestion du conflit d'intérêt**

Chaque membre de la Commission des Marchés à voix délibérative, ainsi que chaque personne participant à l'analyse et à la présentation des dossiers présentésoumis, aura complété une déclaration d'intérêts conformément aux dispositions de l'article R. 1451-1 du code de la santé publique.

Conformément :

- à l'article L. 121-4 du Code général de la fonction publique l'agent public ou assimilé « *veille à prévenir ou à faire cesser immédiatement les situations de conflit d'intérêts défini à l'article L. 121-5 dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver* » et doit impérativement, et sans délai, déclarer ce conflit d'intérêt au président de la commission des marchés.

- à l'article L122-1 du Code général de la fonction publique, afin de faire cesser ou de prévenir toute situation de conflit d'intérêts au sens de l'article L. 121-5, il devra en fonction des circonstances prendre les dispositions suivantes :

« 1° *Lorsqu'il est placé dans une position hiérarchique, saisit son supérieur hiérarchique ; ce dernier, à la suite de la saisine ou de sa propre initiative, confie, le cas échéant, le traitement du dossier ou l'élaboration de la décision à une autre personne ;*

2° (...)

3° *Lorsqu'il appartient à une instance collégiale, s'abstient d'y siéger ou, le cas échéant, de délibérer* ».

~~Le représentant du pouvoir adjudicateur qui signe un marché public ne peut pas être la personne qui a présidé la commission des marchés devant laquelle ce même marché public a été présenté.~~

Commenté [BA1]: Redondant avec le 2<sup>ème</sup> paragraphe en dessous

Toute personne relevant des conditions fixées par l'article 2 de la loi du 11 octobre 2013 doit impérativement, et sans délai, déclarer ce conflit d'intérêt au président de la commission des marchés.

Le représentant du pouvoir adjudicateur qui signe un marché public ne peut pas être la personne qui a présidé la commission des marchés devant laquelle ce même marché public a été présenté.

## **Titre II – Répartition des rôles entre la commission des marchés et le représentant du pouvoir adjudicateur**

### **Article 4 : La commission des marchés**

La commission formule des avis relatifs au classement et au choix de l'offre économiquement la plus avantageuse.

Cet avis concerne les procédures visées ci-après.

#### **4-1 Marchés de fournitures et de services**

- Procédure formalisée (appel d'offres, procédure avec négociation, dialogue compétitif), ~~au-~~ au-delà du seuil des procédures formalisées.
- Procédure passée sans publicité ni mise en concurrence (art. R 2122-2 à 7 et R 2122-10) au-delà du seuil des procédures formalisées (en sont dispensés les lots dont le montant estimatif est inférieur à 100 000 € H.T.).
- ~~➤ Procédure passée sans publicité ni mise en concurrence (art. R2122-3 à R2122-7 et art. R2122-10) au-delà du seuil des procédures formalisées.~~
- Procédure adaptée visée à l'article R2123-1 3°, au-delà du seuil des procédures formalisées.
- Marché subséquent, passé en vertu d'un accord cadre multi-attributaire au-delà du seuil des procédures formalisées.

#### **4-2 Marchés de travaux**

- Procédure ~~formalisée et procédure adaptée~~ ~~adaptée et procédure formalisée~~ d'un montant supérieur à 400 000 € H.T.
- Marché passé sans publicité ni mise en concurrence (art. R2122-2 à 7), au-delà du seuil de 400 000 € H.T.
- Marché subséquent, passé en vertu d'un accord cadre multi-attributaire au-delà du seuil de 400 000 € H.T.

#### **Article 5 : – Le pouvoir adjudicateur**

- Le Directeur Général ou son représentant par délégation est le représentant du pouvoir adjudicateur.
- Il dirige la procédure et en assume la responsabilité juridique.
- Il engage les négociations avec les candidats de son choix (dans le cas de marchés passés sans publicité ni mise en concurrence) ou ceux –qu’il a sélectionnés (dans le cas d’une procédure avec négociation ou d’une procédure adaptée) ou conduit un dialogue avec les candidats sélectionnés (dans le cas d’une procédure de dialogue compétitif).
- Il met en œuvre, le cas échéant, la procédure de régularisation des candidatures en application des règles de la commande publique. Pour rappel, et dans le cadre où plusieurs candidatures seraient incomplètes, le représentant du pouvoir adjudicateur ne peut procéder qu’à la régularisation de l’ensemble des candidatures, soit d’aucune.
- Il peut demander aux soumissionnaires de préciser ou de régulariser leur offre.
- Il élimine les candidatures irrecevables.
- Il écarte les offres irrégulières, inappropriées ou inacceptables ; il rejette les offres anormalement basses, sous réserve d’avoir préalablement interrogé le soumissionnaire sur ce caractère.
- Il peut déclarer une procédure sans suite dans le respect des règles de la commande publique et en informe les candidats.
- Il choisit l’offre économiquement la plus avantageuse.
- Il peut négocier avec les soumissionnaires autorisés, dans le respect des règles de la commande publique et de celles fixées dans le règlement de consultation.
- Il procède à une mise au point du marché, le cas échéant.
- Il informe les candidats et les soumissionnaires non retenus.
- Il attribue le marché.
- Il notifie le marché.

## Titre III - Fonctionnement de la Commission des Marchés

### Chapitre I – Rôles des services acheteurs et de la cellule commune des marchés (CECOMA)

#### Article 6 : Attributions des services acheteurs.

Chaque service acheteur :

- gère la définition des besoins et leur estimation chiffrée, en lien avec les référents techniques ;
- choisit le degré de procédure adapté ;
- rédige les pièces écrites nécessaires ;
- diffuse les documents indispensables sur les supports de publicité adéquates ;
- apporte les réponses aux questions posées par les candidats en cours de publication ;
- réceptionne et enregistre les plis ;
- ouvre les plis et enregistre leur contenu ;
- analyse les candidatures et les offres et établit en lien avec le référent technique, un rapport de présentation écrit (et ses éventuelles annexes) contenant des propositions motivées ;
- prépare les éléments de négociation, le cas échéant ;
- prépare les documents d'information de la commission selon les modèles types institutionnels (rapport d'analyse des offres, rapport de présentation, power point de présentation et le règlement de la consultation) ;
- prépare les courriers de rejet et de notification ;
- prépare un projet de mise au point, le cas échéant ;
- assure le suivi d'exécution des marchés ;
- informe la CECOMA de toute démarche présentant un caractère précontentieux ou contentieux.

#### Article 7 : Attributions de la CECOMA

La CECOMA assure la sécurité juridique des actes de la commande publique et conseille le pouvoir adjudicateur en ce sens :

- elle prépare et organise les commissions, et veille à la traçabilité de tous les documents y afférents ;
- elle alerte le pouvoir adjudicateur et/ ou les membres de la COM si elle a identifié un problème juridique. L'alerte peut se faire par écrit en amont de la séance, et est alors archivée au dossier, ou oralement en séance ; dans ce cas, elle est tracée dans le procès-verbal ;
- elle assure un contrôle de sécurité juridique des dossiers de consultation des entreprises des procédures formalisées et des exclusivités ;
- elle réalise la veille juridique en matière de commande publique ;
- elle forme, sensibilise et assiste les acteurs de la fonction achat aux règles de la commande publique ;
- elle administre les logiciels liés aux marchés ;
- elle participe au règlement des contentieux relatifs aux marchés.

## **Chapitre II - Préparation des séances de la commission des marchés**

### **Article 8 : Ordre du jour et convocations**

#### **8.1 Généralités**

La CECOMA inscrit les affaires à l'ordre du jour de la commission en fonction des informations communiquées par les services acheteurs.

#### **8.2 Chronologie**

La CECOMA transmet le programme prévisionnel aux services acheteurs 15 jours avant la COM.

Les services acheteurs peuvent demander la modification de l'ordre du jour à la CECOMA 14 jours avant la COM.

La lettre de convocation est envoyée aux membres de la COM 6 jours avant la séance, accompagnée du programme définitif.

Un point peut être retiré à tout moment par l'acheteur, aucun point ne peut être ajouté sauf accord du président de la commission.

### **Article 9 : Procédure d'ouverture des plis analyse des candidatures et des offres**

Le service acheteur ouvre les plis et enregistre leur contenu, avant la tenue de la commission. Le cas échéant, le service acheteur peut mettre en œuvre la procédure de régularisation des candidatures incomplètes.

L'analyse des candidatures et des offres est effectuée sous la responsabilité du service acheteur qui a engagé la consultation. Elle est effectuée et formalisée selon la trame type de rapport d'analyse des offres institutionnelle. Ce rapport est archivé.

## **Article 10 : Calendrier de remise des documents à la CECOMA**

### **10.1. Examen des candidatures, examen des offres, avis sur la proposition de choix de l'offre économiquement la plus avantageuse :**

#### **10.1.1 Toutes procédures à l'exception des marchés sans publicité ni mise en concurrence passés en vertu de l'article R2122 du code de la commande publique**

L'analyse des candidatures et des offres est réalisée ~~sur l'appli « Marco »~~ via un logiciel d'assistance rédactionnelle. Les dossiers de commission (rapport de présentation, rapport d'analyse des offres et leurs éventuelles annexes) sont envoyés à la CECOMA, pour validation, **au plus tard**, 10 jours avant la séance de la commission (le lundi de la semaine précédant la commission avant 9h00).

Tout retard entraîne, sauf exception dûment acceptée par le président de la commission, le report du dossier à l'une des séances suivantes de la commission.

Les rapports de présentation (et le rapport d'analyse des offres et leurs éventuelles annexes) contiennent obligatoirement les études écrites et les propositions motivées qui s'appuient sur les critères portés préalablement à la connaissance des candidats.

La CECOMA contrôle la validité juridique des dossiers et demande aux services acheteurs de procéder aux éventuelles modifications nécessaires.

Un jour avant la séance de la commission le dossier validé, composé du rapport de présentation, du rapport d'analyse des offres, d'annexes éventuelles du règlement de la consultation et du support de présentation power point, est déposé sur un espace partagé entre l'acheteur et la CECOMA. Ils seront mis à disposition de manière dématérialisée.

Les dossiers non validés par la CECOMA la veille de la séance de la commission à midi, seront reportés à l'une des séances suivantes.

La CECOMA présentera au Président de la COM et à la Directrice du Pôle Nouvel Hôpital et Ressources Opérationnelles les procédures étudiées en Commission au moyen d'un fichier Excel. Ce fichier mettra en avant les éventuels risques ou points d'attention à apporter et les contrôles effectués par la CECOMA relatifs aux liens d'intérêts. Elle formalise par écrit toute alerte éventuelle en termes de sécurité juridique. Ces alertes sont archivées informatiquement et conservées pendant ~~XX~~ la durée réglementaire.

Si un problème est soulevé durant la semaine précédant la commission, un point peut être retiré de l'ordre du jour.

#### **10.2.2 Marchés sans publicité ni mise en concurrence passés en vertu de l'article R2122 du code de la commande publique**

Les documents qui justifient les conditions de recours à ces procédures sont déposés, au plus tard, dans les conditions définies à l'article 10.1.1. ; 1 jour avant la séance de la commission. Tout retard entraîne, sauf exception dûment acceptée par le président de la commission, le report du dossier à l'une des séances suivantes de la commission.

Si un problème est soulevé, un point peut être retiré de l'ordre du jour, ou un rapport modificatif peut être déposé, le jour de la séance de la commission.

### **Chapitre III – Déroulement de la commission des marchés**

La présentation des candidatures et des offres est réalisée par les acheteurs et les référents techniques, qui peuvent être assistés par un tiers (maitre d'œuvre, assistant à maitre d'ouvrage, ...).

#### **Article 11 : Commission des marchés phase candidature**

Le service acheteur présente ~~le contenu des candidatures~~ à la Commission le contenu des candidatures (admission ou rejet). La décision est motivée., ~~qui émet un avis sur leur proposition motivée d'admission ou de rejet.~~

#### **Article 12 : Commission des marchés phase offre**

Dans un premier temps, le service acheteur présente le contenu des offres à la Commission qui peut demander des renseignements complémentaires et qui émet un avis sur leur proposition motivée d'admission ou de rejet (offres classées irrégulières, inacceptables, ou inappropriées). Dans un second temps, la commission donne un avis sur le classement des offres proposé et sur le choix de l'offre économiquement la plus avantageuse.

Dans le cas où la CECOMA a identifié un risque juridique, elle exprime l'alerte oralement, alerte qui sera tracée au PV de la COM et archivée.

#### **Article 13 : Articulation des différentes phases**

Une procédure peut être présentée au cours d'une ou plusieurs commissions.

Pour les procédures ouvertes (appel d'offres et marchés à procédure adaptée) l'acheteur peut décider d'examiner les offres avant les candidatures.

Si plusieurs phases sont présentées lors d'une même commission, elles feront l'objet d'une seule affaire.



## **Chapitre IV – Suivi de la Commission des marchés**

### **Article 14 : Suivi de la Commission des marchés**

Le représentant du pouvoir adjudicateur suit l'avis de la Commission des Marchés, sauf cas particulier dûment présenté au Directeur Général ou son représentant, par le responsable de la consultation (directrice du Pôle Nouvel Hôpital et Ressources Opérationnelles, ~~directrice~~ directeur du numérique, pharmacien).

### **Article 15 : Procès-verbaux de la Commission des marchés**

Pendant la Commission, le PV sera rédigé, avec les observations et remarques des membres présents, ainsi que les éventuelles alertes de la CECOMA. Il sera transmis par voie dématérialisée pour validation par les membres de la COM.

A l'étape de la signature du marché par le représentant du pouvoir adjudicateur l'acte d'engagement sera accompagné des validations du PV de la Commission.

Le PV signé est mis à disposition des services acheteurs par voie dématérialisée.

### **Article 16 : Information des candidats et soumissionnaires non retenus**

Les entreprises dont la candidature a été jugée insuffisante ou dont l'offre a été rejetée au stade de l'attribution du marché, ou en raison de leur caractère irrégulier, inacceptable ou inapproprié sont informées par le service acheteur. **Cette information est transmise après accord du représentant du pouvoir adjudicateur.**

Un délai d'au moins onze jours francs doit être respecté entre l'envoi de l'information donnée aux candidats du rejet de leur offre et la signature du marché public avec le candidat retenu par le représentant du pouvoir adjudicateur.

### **Article 17 : Passation des marchés**

A l'issue de chaque commission, chaque service acheteur est chargé de finaliser la procédure de passation des marchés pour ce qui le concerne.

### **Article 18 : Signature des marchés**

Le marché est signé par le représentant du pouvoir adjudicateur, après le délai minimum visé à l'article 16.



**Article 19 : Notification des marchés**

Le Directeur Général ou, par délégation, le service acheteur en charge du dossier notifie les marchés.

Le marché n'est exécutoire qu'après sa notification.

**Article 20 : Informations, Réclamations et Contentieux**

Le traitement des demandes d'informations et/ou des réclamations relatives aux marchés est du ressort des services acheteurs qui peuvent bénéficier, à leur demande, de l'appui de la CECOMA.

Dans le cadre d'une procédure contentieuse, la réponse est assurée par la CECOMA avec l'appui du service acheteur.

## Partie 2 : Le jury de concours et le jury pour un marché global

Un jury est désigné spécifiquement, pour toute procédure pour laquelle cela est nécessaire, par décision du pouvoir adjudicateur. Les membres du jury sont, dès lors, dûment convoqués par le représentant du pouvoir adjudicateur. La convocation doit indiquer a minima le lieu de la séance (géographique ou dématérialisé), l'heure de début de la séance et l'objet de la séance. La présence des membres du jury sera attestée par la signature du PV de présence correspondant à la dite séance.

Les membres du jury à voix délibérative et consultative fournissent une déclaration d'intérêt dûment complétée afin de pouvoir valablement délibérer.

Il est composé exclusivement de personnes indépendantes des candidats. Lorsqu'une qualification professionnelle particulière est exigée pour participer à la procédure, au moins un tiers des membres du jury doit posséder cette qualification ou une qualification équivalente.

Le jury est présidé :

- par le pouvoir adjudicateur ou son représentant nommément désigné, pour les opérations portées par le CHU,
- par le chef d'établissement, pour les opérations portées par les établissements parties. En cas d'empêchement du chef d'établissement, celui-ci peut déléguer la présidence du jury. Cette délégation fait l'objet d'une décision ~~écrite~~ conservée dans le dossier.

La CECOMA valide la composition ~~des~~ jurys.

Il comprend, a minima, un membre à voix délibérative de la Commission des marchés.

Pour rappel, la décision du jury correspond à un avis simple non contraignant pour le président du jury.

De par son rôle de contrôle juridique, la CECOMA, assiste l'établissement dans la passation de la procédure de concours ainsi que lors du déroulement du jury et garantit la sécurité juridique du choix du lauréat.

Le président du jury ne peut passer outre l'avis de la CECOMA.

Les procédures issues des articles R 2122-6 et R 2171-1 supérieurs aux seuils des procédures formalisées, la procédure est soumise à un passage en Commission des marchés présidée par le représentant du pouvoir adjudicateur.

### **Article 1 Rôles du jury et du pouvoir adjudicateur dans le cadre du concours (article L2125-1 2° du code de la commande publique)**

Le jury examine les candidatures et formule un avis motivé sur celles-ci. Cet avis est consigné dans un procès-verbal signé par l'ensemble des membres présents.

Lorsque le concours est restreint, le pouvoir adjudicateur fixe la liste des candidats admis à concourir et les candidats non retenus en sont informés.

Lors de la phase projet, il Le jury examine les plans et projets présentés par les participants au concours de manière anonyme, ~~et~~ en se fondant exclusivement sur les critères d'évaluation des projets définis dans l'avis de concours.

Il consigne dans un procès-verbal, signé par ses membres, le classement des projets ainsi que ses observations et, le cas échéant, tout point nécessitant des éclaircissements et les questions qu'il envisage, en conséquence, de poser aux candidats concernés.



L'anonymat des candidats peut alors être levé.

Le jury peut ensuite inviter les candidats à répondre aux questions qu'il a consignées dans le procès-verbal.

Un procès-verbal complet du dialogue entre les membres du jury et les candidats est établi. [Le jury s'engage à respecter une égalité de traitement entre les candidats.](#)

Le pouvoir adjudicateur choisit le ou les lauréats du concours au vu des procès-verbaux et de l'avis du jury et publie un avis de résultats de concours. Il informe les candidats non retenus.

**Article 2 Rôles du jury et du pouvoir adjudicateur dans le cadre d'un marché public global (articles R2171-15 et R2171-16 du code de la commande publique)**

Le jury dresse un procès-verbal d'examen des candidatures et formule un avis motivé sur la liste des candidats à retenir. Cet avis est consigné dans un procès-verbal signé par l'ensemble des membres présents. Le pouvoir adjudicateur arrête la liste des candidats admis à réaliser des prestations.

Les candidats admis exécutent des prestations sur lesquelles se prononce le jury, après les avoir entendus.

Ces prestations comportent au moins un avant-projet sommaire pour un ouvrage de bâtiment ou, pour un ouvrage d'infrastructure, un avant-projet accompagné de la définition des performances techniques de l'ouvrage.

Le jury dresse un procès-verbal d'examen des prestations et d'audition des candidats et formule un avis motivé.

Le pouvoir adjudicateur peut demander des clarifications ou des précisions concernant les offres, dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres, et les offres finales, dans le cadre des autres procédures. Ces précisions, clarifications ou compléments ne peuvent avoir pour effet de modifier des éléments fondamentaux de l'offre ou des caractéristiques essentielles du marché.

Le marché est attribué par le pouvoir adjudicateur au vu de l'avis du jury.

Le présent règlement entre en vigueur le [02 juin-17 mars](#) 2023.

A TALENCE, le ~~16 mars~~[02 juin](#) 2023

Le Directeur Général

Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

# CHARTRE DE L'ACTIVITE LIBERALE

**Version 30 juin 2018**

**Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux**  
12, rue Dubernat 33404 Talence cedex  
[www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)



Le Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux,

VU le Code de la santé publique et notamment ses articles L. 6154-1 et suivants ainsi que ses articles R. 6154-1 et suivants ;

VU la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et notamment son article 138 ;

VU le décret n°2017-523 du 11 avril 2017 modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé ;

CONSIDERANT la proposition initiale de la Commission de l'activité libérale formulée le 8 décembre 2017 ;

CONSIDERANT la concertation en Directoire intervenue les 23 avril et 22 mai 2018 ;

CONSIDERANT l'avis favorable émis par la Commission des usagers le 18 mai 2018 ;

CONSIDERANT l'avis favorable unanime émis par la Commission médicale d'établissement le 22 mai 2018 ;

CONSIDERANT l'avis favorable émis par le Conseil de surveillance le 29 juin 2018 ;

**DECIDE :**

**Article 1 -**

La Charte de l'activité libérale du CHU de Bordeaux est établie conformément au document ci-joint.

**Article 2 -**

La présente Charte de l'activité libérale est applicable au CHU de Bordeaux à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018.

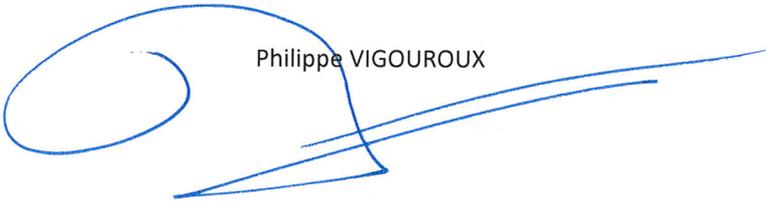
**Article 3 -**

Le présent document est inséré sur le site Intranet du CHU de Bordeaux et abroge l'ancien Règlement intérieur particulier de l'activité libérale.

**Article 4 -**

Toute modification apportée à la présente Charte sera conduite selon la même procédure que celle qui a présidé à sa rédaction et à son adoption.

A Bordeaux, le 30 juin 2018



Philippe VIGOUROUX

<b>CHAPITRE I</b>	<b>PRINCIPES FONDAMENTAUX</b>
I.1)	L'ACTIVITE LIBERALE EST ADMISE DANS LA MESURE OU ELLE NE FAIT PAS OBSTACLE AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
I.2)	L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE EST FONDEE A LA FOIS SUR L'AGREMENT DU CONTRAT ET SUR LE CONTROLE DE SON RESPECT, COMME DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES, APPLICABLES
I.3)	LE RESPECT DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET PROFESSIONNELS REGLEMENTAIRES
<b>CHAPITRE II</b>	<b>CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE APPLICABLES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS</b>
II.1)	L'ACTIVITE LIBERALE S'EXERCE EXCLUSIVEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DANS LEQUEL LE PRATICIEN A ETE NOMME
II.2)	TOUT MEDECIN EXERÇANT AU SEIN DU CHU DE BORDEAUX NE PEUT EXERCER UNE ACTIVITE LIBERALE
II.2.1-	Praticiens habilités à solliciter le bénéfice d'une activité libérale
II.2.2-	Sont exclus de l'exercice d'une activité libérale
II.2.3-	Cas particuliers
II.3)	LE PRATICIEN HOSPITALIER QUI EXERCE UNE ACTIVITE LIBERALE DOIT EXERCER PERSONNELLEMENT ET A TITRE PRINCIPAL UNE ACTIVITE DE MEME NATURE DANS LE SECTEUR PUBLIC
II.4)	MODALITES D'EXERCICE
II.4.1-	Contrat d'activité libérale
II.4.2-	Tableau de service
II.4.3-	Clause de non concurrence
II.5)	MOYENS MIS A DISPOSITION
II.6)	LA RESPONSABILITE PERSONNELLE
II.7)	LA PROTECTION SOCIALE ET REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES PRATICIENS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE
<b>CHAPITRE III</b>	<b>RESPECT DES DROITS DU PATIENT PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE</b>
III.1)	TOUT MALADE PEUT ETRE PRIS EN CHARGE A TITRE DE L'ACTIVITE LIBERALE D'UN PRATICIEN S'IL EN A PREALABLEMENT ET EXPRESSEMENT FORMULE LA DEMANDE
III.2)	LE RESPECT DU LIBRE CHOIX SUPPOSE UNE INFORMATION LOYALE ET ACCESSIBLE
III.2.1-	L'obligation de donner une information écrite
III.2.2-	L'obligation d'affichage
III.2.3-	L'obligation d'information sur le site internet de l'établissement
<b>CHAPITRE IV</b>	<b>MODALITES DE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE</b>
IV.1)	LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE DU CHU DE BORDEAUX
IV.1.1-	Composition
IV.1.2-	Missions
IV.2)	SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION
IV.3)	LA COMMISSION REGIONALE DE L'ACTIVITE LIBERALE
IV.3.1-	Composition
IV.3.2-	Missions
IV.4)	LE CONTROLE EXTERNE DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE
IV.5)	LE CONTROLE DES PRESCRIPTIONS EFFECTUEES EN VILLE
<b>CHAPITRE V</b>	<b>DISPOSITIONS FINANCIERES</b>
V.1)	MODALITES DE REGLEMENT DES HONORAIRES
V.2)	CAS PARTICULIER DES RADIOLOGUES
V.3)	MONTANT DE LA REDEVANCE DUE PAR LES PRATICIENS AU CHU
V.3.1-	Assiette de la redevance
V.3.2-	Taux de la redevance
V.3.3-	Païement de la redevance
V.3.4-	Modalités d'encaissement des honoraires du praticien
V.3.5-	Cas particulier : encaissement pour le compte du CHU de produits utilisés en externe, dans le cadre de l'activité libérale du praticien
V.3.6-	Contrôle réglementaire et juridictionnel

## ANNEXES

## CHAPITRE I

### PRINCIPES FONDAMENTAUX

*L'activité libérale, facteur d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public, s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire précis.*

#### **I.1) L'ACTIVITE LIBERALE EST ADMISE DANS LA MESURE OU ELLE NE FAIT PAS OBSTACLE AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

Tout praticien ayant conclu un contrat avec son établissement a la possibilité d'exercer une activité médicale libérale dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Le chef de service, en charge de l'organisation et du fonctionnement médical de son service (y compris pour l'activité libérale des praticiens hospitaliers), est le garant, auprès du chef de pôle, du respect de ce principe dans le fonctionnement quotidien et la continuité du service.

A ce titre, il doit notamment veiller à ce que la continuité des soins soit assurée, que les patients soient soignés au titre de l'activité libérale ou au titre de l'activité publique.

Dans un même service, le principe est qu'il existe toujours une prise en charge médicale par un praticien de même niveau de compétence dans le cadre de l'activité publique, et pour un acte de même nature, disponible en moyenne dans les mêmes délais que dans le cadre de l'activité libérale.

L'application de ce principe implique que l'activité libérale ne peut interrompre ou désorganiser le service public, d'une part, et qu'elle ne peut supposer la dévolution de moyens spécifiques ou spécifiquement utilisés (personnel, utilisation du matériel ou d'équipements, etc.). C'est ainsi qu'aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peuvent être réservés à l'exercice de l'activité libérale.

La mise à disposition du praticien exerçant à titre libéral, des moyens nécessaires à l'exercice de son art, s'entend dans la mesure des moyens disponibles pour l'exercice de l'activité publique et dans le cadre de l'organisation générale des soins au CHU. Ainsi l'exercice libéral ne saurait engendrer de suractivité ou de dépassement d'horaires du personnel autre que le praticien effectuant son activité libérale. Il ne saurait non plus générer l'acquisition par l'établissement d'un matériel spécifique.

Ce principe explique aussi qu'aucun panneau ou aucune mention ("secteur privé" ou "activité libérale", par exemple) ne doit apparaître au sein des affichages de l'établissement et du service, ou des divers supports d'information hospitaliers (annuaires, etc.). Cette disposition ne fait pas obstacle à l'application du principe d'information du patient quant aux tarifs pratiqués (affichage dans les salles d'attente et sur le site internet du CHU de Bordeaux).

#### **I.2) L'ORGANISATION DE L'ACTIVITE LIBERALE EST FONDEE A LA FOIS SUR L'AGREMENT DU CONTRAT ET SUR LE CONTROLE DE SON RESPECT, COMME DES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES APPLICABLES**

La passation d'un contrat entre le directeur général et le praticien titulaire du droit d'exercice d'une activité libérale, et l'existence d'une commission de l'activité libérale où se trouvent représentés les praticiens exerçant à titre libéral et qui seront, au premier chef, chargés de veiller à la bonne application des règles, témoignent de la part d'initiative laissée aux praticiens souhaitant exercer une activité libérale au sein du CHU de Bordeaux.

Cette liberté s'exerce dans le cadre des contrôles usuels de l'activité libérale de ville : caisses d'assurance maladie (et notamment service médical des caisses, qui procède à toute enquête pouvant donner lieu à remboursement des prestations indues à la Sécurité Sociale), conseils de l'Ordre et juridictions civiles.

A la vigilance de la commission de l'activité libérale s'ajoute le contrôle spécifiquement prévu par les textes législatifs et réglementaires organisant l'activité libérale : agence régionale de santé, inspections diligentées par l'État ou les chambres régionales des comptes, missions d'audit prévues par la loi, juridictions administratives, etc.

### **I.3) LE RESPECT DES PRINCIPES DEONTOLOGIQUES ET PROFESSIONNELS REGLEMENTAIRES**

Les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital sont soumis aux obligations qui s'imposent à tout médecin, notamment celles prévues à l'article L.1111-3 du code de la santé publique et par le code de déontologie médicale :

- obligation d'information du patient sur le coût des actes pratiqués et les conditions de leur remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- obligation d'information écrite préalable des patients sur le tarif des actes effectués ;
- obligation d'affichage des tarifs des honoraires pratiqués, et, le cas échéant, des dépassements appliqués ;
- obligation de fixation des honoraires avec tact et mesure. Le dépassement d'honoraires est un droit qui s'exerce dans le cadre du secteur II de l'assurance-maladie dont l'application ne saurait être uniforme et qui doit tenir compte de la situation individuelle des patients.

Le service public hospitalier exige en outre le respect de principes tels que l'égalité d'accès aux soins et la continuité des soins.

## CHAPITRE II

### CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ACTIVITE LIBERALE APPLICABLES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS

*Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.*

#### II.1) L'ACTIVITE LIBERALE S'EXERCE EXCLUSIVEMENT AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT DANS LEQUEL LE PRATICIEN A ETE NOMME

Par établissement il convient de considérer le CHU de Bordeaux en tant qu'établissement d'affectation où le praticien exerce son activité principale. Dans le cas d'une activité partagée, l'établissement est celui où s'exerce la majorité de son activité publique.

#### II.2) TOUT MEDECIN EXERÇANT AU SEIN DU CHU DE BORDEAUX NE PEUT EXERCER UNE ACTIVITE LIBERALE

##### II.2.1- Praticiens habilités à solliciter le bénéfice d'une activité libérale

Peuvent exercer une activité libérale les seuls praticiens adhérant à la convention régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins. En cas de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de cette convention, résultant d'une décision d'un organisme d'assurance maladie, et après expiration des voies de recours, l'autorisation d'exercice d'une activité libérale est suspendue pendant toute la durée de la mise hors convention. Les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne peuvent pas siéger au sein des commissions locale et régionale de l'activité libérale, pendant la durée restante de leur contrat.

Les personnels enseignants et hospitaliers suivants, exerçant leur fonction dans les centres hospitaliers et universitaires et relevant du décret n°84-135 du 24 février 1984 modifié, peuvent exercer une activité libérale :

- les professeurs des universités-praticiens hospitaliers ; sachant que ceux qui poursuivent leur activité en tant que consultant continuent à relever du décret statutaire ci-dessus et sont donc admis au bénéfice des dispositions relatives à l'activité libérale ;
- les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers titulaires ;
- les praticiens hospitaliers universitaires ;
- les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux ;
- les assistants hospitaliers universitaires.

L'exercice d'une activité libérale à l'hôpital est incompatible avec la possibilité offerte aux chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et aux assistants hospitaliers universitaires, d'effectuer des remplacements pendant leurs congés.

Les personnels enseignants et hospitaliers suivants, exerçant leurs fonctions dans les centres de soins, d'enseignement et de recherches dentaires, relevant des décrets n° 65-803 du 22 septembre 1965 et n° 90-92 du 24 janvier 1990 modifié, à condition qu'ils exercent leur double fonction à temps plein, peuvent exercer une activité libérale :

- les professeurs des universités-praticiens hospitaliers des CSERD ;
- les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers des CSERD titulaires ;
- les assistants hospitaliers universitaires des CSERD.

Pour les personnels enseignants et hospitaliers non titulaires et temporaires (médecine et odontologie), le fait que la durée du contrat d'activité libérale ne corresponde pas à la durée statutaire de leur engagement ne pose pas de difficulté. Le contrat d'activité libérale devant stipuler que la fin des fonctions hospitalières entraîne de plein droit la fin du contrat.

Les praticiens hospitaliers à temps plein, régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié, ont la possibilité de consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement d'affectation. Cette activité doit cependant venir en déduction de l'exercice de l'activité libérale. Dans ces conditions, lorsqu'ils exercent une demi-journée d'intérêt général à l'extérieur, les praticiens hospitaliers peuvent exercer une activité libérale limitée à 10 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire ; lorsqu'ils exercent deux demi-journées d'intérêt général à l'extérieur, les praticiens hospitaliers ne peuvent pas exercer d'activité libérale.

#### **II.2.2- Sont exclus de l'exercice d'une activité libérale**

- les personnels nommés en qualité de stagiaire ;
- les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant leurs fonctions à activité hebdomadaire réduite ;
- les praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire ;
- les praticiens adjoints contractuels ;
- les assistants des hôpitaux ;
- les praticiens des hôpitaux à temps partiel ;
- les praticiens attachés ;
- les praticiens contractuels ;
- les cliniciens hospitaliers.

#### **II.2.3- Cas particuliers**

Les personnels enseignants et hospitaliers affectés ou détachés dans un établissement de santé privés d'intérêt collectif sont exclus de l'application des textes relatifs à l'activité libérale. Ils sont soumis au règlement de l'établissement où ils exercent.

Les personnels enseignants et hospitaliers qui exercent leurs fonctions hospitalières dans un établissement de santé public lié à un CHU par une convention hospitalo-universitaire se voient normalement appliquer les dispositions législatives et réglementaires régissant l'activité libérale. Ils passent un contrat les concernant avec le directeur de l'établissement public où ils exercent effectivement leurs fonctions.

### **II.3) LE PRATICIEN HOSPITALIER QUI EXERCE UNE ACTIVITE LIBERALE DOIT EXERCER PERSONNELLEMENT ET A TITRE PRINCIPAL UNE ACTIVITE DE MEME NATURE DANS LE SECTEUR PUBLIC**

Cette disposition comporte trois éléments majeurs :

- « *personnellement* »

Tout praticien qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Il ne saurait donc s'en remettre aux autres praticiens du service, à un interne, ou à un autre professionnel appartenant à une profession médicale ou paramédicale, pour ce qui concerne l'activité publique voire encore fonder le calcul des seuils sur l'activité globale du service ;

- « à titre principal »

L'activité publique personnelle doit être au moins aussi importante que celle exercée à titre libéral.

La durée de l'activité libérale du praticien ne doit pas excéder 20% de la durée de son service hospitalier hebdomadaire. Les périodes d'exercice de l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans le tableau de service nominatif mensuel.

- « de même nature »

Le praticien est présumé effectuer à titre libéral des actes identiques à ceux effectués à titre public. Ainsi, il ne serait pas conforme à l'esprit de la loi qu'un praticien effectue dans le cadre de l'activité libérale des actes qu'il ne pratique pas dans le secteur hospitalier public.

Ces actes doivent être mesurables selon les mêmes unités de référence (lettres-clés NGAP, codes CCAM et leur valeur monétaire, etc.). Chaque praticien devra apporter à l'administration des éléments statistiques exprimés selon les critères habituels, (actes, lettres-clés), permettant à la commission de l'activité libérale de comparer la nature de ses activités publique et libérale.

Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le Conseil d'Etat, consulté sur l'interprétation qu'il convient de donner à la comparaison de l'activité publique/privée, a considéré qu'il convient de tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison utilisables pour chacune des activités exercées à savoir :

- concernant les consultations (représentant uniquement l'examen clinique et l'acte intellectuel) : il convient de considérer que ce sont les seules consultations externes, comptabilisées par l'établissement sous ce mode d'admission, qui doivent être prises en compte pour la comparaison du nombre de consultations publiques/privées.
- concernant l'hospitalisation et les actes médico-techniques (ceux destinés au diagnostic et aux actes figurant dans la NGAP ou la CCAM) : l'ordonnance du 4 septembre 2003 a introduit la notion « du volume » des actes. Le volume des actes correspond, selon le cas, aux coefficients affectés aux lettres clés figurant dans la NGAP ou à la valorisation tarifaire des actes codés par la CCAM.

Afin d'apprécier la similitude entre la nature de l'activité publique et celle de l'activité privée, il convient de rapprocher les coefficients des lettres clés et la valorisation tarifaire rapportée à la valeur moyenne des actes effectués dans le cadre de l'activité publique à celle des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale. La comparaison réalisée s'effectue hors dépassements d'honoraires. Est aussi intégrée dans la comparaison, une atténuation qui correspond à l'activité publique de transplantation et d'ECMO des chirurgiens cardiothoraciques, pour laquelle les actes CCAM ne sont pas valorisés.

Les bonnes pratiques dans ce domaine reposent sur la bonne utilisation du logiciel de saisie de la cotation (DxCare, Xplore, etc.) au sein duquel le praticien doit saisir l'activité publique personnelle qu'il réalise et l'activité libérale pour laquelle il coche la zone dédiée. Ce dispositif, convenablement appliqué, permet d'ailleurs au praticien de simplifier ses déclarations trimestrielles (cf. infra).

## II.4) MODALITES D'EXERCICE

Le champ relevant de l'activité libérale est distinct des conseils, expertises, recherches et formations, qui font l'objet de dispositions statutaires spécifiques. Il concerne donc les activités médicales, qu'elles soient ou non prises en charge par la Sécurité sociale.

- *Principales conditions d'exercice en secteur libéral*
  - Inscription au tableau du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ou au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
  - Inscription aux fichiers ADELI et RPPS
  - Conditions de compétence
  - Souscription d'un contrat d'assurance en responsabilité civile
  - Respect du régime fiscal et social applicable
  - Respect des dispositions applicables au secteur conventionnel choisi
  
- *Principales conditions d'exercice en secteur libéral au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux*

Les praticiens autorisés à exercer une activité libérale, dans les limites fixées par le contrat, ne peuvent dépasser le cinquième de la durée de leur activité hebdomadaire.

Pour les praticiens enseignants et hospitaliers, le temps d'activité hebdomadaire s'entend y compris le temps dévolu à l'enseignement et à la recherche.

En revanche, les périodes de garde n'entrent pas en considération dans l'assiette de calcul des limites fixées par le contrat.

Les plages d'activités s'expriment en demi-journées (une ou deux par semaine), dont la durée se réfère à l'activité habituelle du praticien concerné.

L'occupation d'un lit (du service) court du premier au dernier jour d'hospitalisation répertorié, à l'exception du jour de sortie du malade.

Par lit, il est possible de prendre en compte les lits d'hospitalisation complète et les postes de dialyse et d'I.V.G., les places d'hospitalisation de jour et de chirurgie ambulatoire. Il est nécessaire que ces lits soient situés dans le pôle dont dépend le praticien. Il convient de rappeler qu'aucun de ces lits ne peut être réservé à l'activité libérale.

De même, aucun box de consultation ne peut être réservé à l'activité libérale.

Ces règles d'utilisation sont personnelles et non transférables ; il n'est pas possible à un praticien donné, exerçant à titre libéral, d'utiliser les autres possibilités d'hospitalisation à titre libéral attribuées à d'autres praticiens qui se trouveraient momentanément non utilisées.

### II.4.1- Contrat d'activité libérale

Le terme « contrat » s'entend comme un document nécessaire à l'obtention de l'autorisation d'effectuer une activité libérale.

Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis du directeur général du CHU, du chef de pôle et du président de la Commission médicale d'établissement, pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale.

- *Le contrat doit fixer les conditions personnelles d'exercice de l'activité libérale du praticien*

Il est rédigé par référence à contrat-type, dont les clauses contenues constituent le minimum que doit obligatoirement comporter tout contrat, sans préjudice de précisions complémentaires qui ont été ajoutées au CHU de Bordeaux et qui sont conformes aux dispositions législatives et réglementaires. Le contrat type applicable au CHU de Bordeaux figure en annexe III de la présente charte.

Il rappelle le respect des principes essentiels d'exercice et prévoit notamment :

- le nombre de demi-journées de consultation ;
- les modalités de perception des honoraires ;
- l'inscription des demi-journées d'activité libérale au tableau de service individuel.

Sont joints en annexe au contrat :

- la présente charte de l'activité libérale intra-hospitalière ;
- le projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale du praticien concerné ;
- les tarifs par type d'acte et d'activité. Ils sont mis à jour une fois par an, et, si nécessaire, de façon infra-annuelle, selon les modalités précisées au III 2.3.

- *Le renouvellement du contrat*

Le contrat peut, avec l'accord des deux parties signataires, faire l'objet d'une révision avant sa date d'expiration, en particulier dans l'hypothèse d'un changement de pôle d'affectation du praticien signataire. La révision et le renouvellement du contrat sont soumis à la même procédure de consultation et d'approbation que le contrat initial.

En cas de renouvellement du contrat, celui-ci, signé par les deux parties signataires, est transmis au directeur général de l'Agence régionale de santé, accompagné des avis du directeur général du CHU, du chef de pôle et du président de la Commission médicale d'établissement, trois mois au moins avant la date d'expiration du précédent contrat. L'approbation est réputée acquise si, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande, le directeur général de l'Agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition au renouvellement.

- *L'approbation du contrat*

Le contrat, signé par le directeur général du CHU et le praticien, est transmis par le directeur général du CHU au directeur général de l'Agence régionale de santé accompagné de son avis, de celui du chef de pôle et de celui du président de la Commission médicale d'établissement.

Le délai d'approbation est fixé à deux mois à compter de la réception du contrat par le directeur général de l'Agence régionale de santé. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé si le directeur général de l'Agence régionale de santé n'a pas fait connaître son opposition.

Le contrat approuvé est communiqué par le praticien concerné au Conseil départemental de son Ordre professionnel.

Un exemplaire du contrat est également communiqué au comptable de l'établissement pour information.

Le refus du directeur de l'établissement de signer un contrat établi pour un praticien est une décision administrative qui peut donner lieu à contentieux auprès du tribunal administratif.

L'autorisation d'effectuer une activité libérale peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'Agence régionale de santé lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et des dispositions du contrat ; cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission régionale de l'activité libérale.

#### **II.4.2- Tableau de service**

Le tableau de service prévisionnel précise la répartition dans la semaine des différentes activités publiques et privées. Il précise également pour les anesthésistes-réanimateurs, biologistes et radiologistes, la répartition dans la semaine du temps consacré à des actes, examens, traitements ou analyses au profit des patients relevant de l'activité libérale.

Ce tableau constitue le document de référence en cas de difficulté. Il doit donc être adapté régulièrement par accord entre le praticien, son chef de pôle et le directeur général sans qu'il soit nécessaire de modifier le contrat.

#### **II.4.3- Clause de non concurrence**

Le contrat prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période égale à vingt-quatre mois, dans des rayons de dix kilomètres calculés à vol d'oiseau à partir de tous les sites du CHU de Bordeaux.

En cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité est calculé de la manière suivante : 25% du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, redevance comprise, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause de non concurrence n'a pas été respectée.

### **II.5) MOYENS MIS A DISPOSITION**

Le CHU de Bordeaux met à la disposition du praticien exerçant une activité libérale les moyens (humains et matériels) nécessaires pour lui permettre d'exercer son art compte tenu de sa spécialité, sous réserve de ne pas désorganiser le service public.

### **II.6) LA RESPONSABILITE PERSONNELLE**

L'exercice libéral est personnel : en conséquence le médecin exerçant en libéral est lié par le régime de responsabilité contractuelle envers les malades qui se confient à lui, indépendamment de la couverture responsabilité civile que lui assure le CHU dans le cadre de son activité publique. Il est donc obligatoire qu'une police d'assurance personnelle couvre chaque praticien pour son exercice.

Cependant le régime de responsabilité personnelle du praticien exerçant à titre libéral ne s'étend pas aux personnes (médecins ou non) qui collaborent avec lui durant cette activité ; le régime de responsabilité applicable aux actes de ces personnes demeure de droit hospitalier commun.

Ceci implique que le régime de responsabilité doit garder sa cohérence vis-à-vis du patient : en dehors des cas précis prévus par la réglementation, une intervention ne saurait être mixte au regard de la responsabilité, même si des régimes tarifaires décomposés existent au sein de la cotation d'un même acte.

Enfin, la pharmacie à usage intérieur du CHU dispose du monopole de la fourniture des dispositifs médicaux auprès des patients séjournant à l'hôpital, comme de tout produit pharmaceutique, sans possibilité alternative pour le praticien exerçant une activité libérale, de s'approvisionner de manière directe auprès des fournisseurs de son choix.

## **II.7) LA PROTECTION SOCIALE ET REGIME DE RETRAITE COMPLEMENTAIRE DES PRATICIENS AYANT UNE ACTIVITE LIBERALE**

Les praticiens hospitaliers à plein temps qui exercent une activité libérale sont indemnisés dans les conditions suivantes en cas de maladie non imputable au service :

- Pendant leurs congés de maladie, trois mois aux deux tiers de leurs émoluments et neuf mois au tiers;
- Pendant leurs congés de longue maladie, un an aux deux tiers de leurs émoluments et deux ans au tiers ;

Ils cotisent au régime de retraite complémentaire des assurances sociales sur les deux tiers de leurs émoluments hospitaliers, y compris certaines indemnités définies par décret.

Pour ce qui concerne les personnels enseignants et hospitaliers titulaires, le CHU est autorisé à maintenir la totalité des émoluments hospitaliers pendant la durée légale des congés de maternité et à concurrence de trois mois par douze mois de service pendant les congés de maladie.

## CHAPITRE III

# RESPECT DES DROITS DU PATIENT PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'ACTIVITE LIBERALE

### III.1) TOUT MALADE PEUT ETRE PRIS EN CHARGE A TITRE DE L'ACTIVITE LIBERALE D'UN PRATICIEN S'IL EN A PREALABLEMENT ET EXPRESSEMENT FORMULE LA DEMANDE

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein.

Les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) peuvent demander à être pris en charge dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien, qui devra alors obligatoirement appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie.

Sont exclus de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte :

- les consultations et les admissions en urgence sauf si le malade a exprimé sa volonté d'être admis sous régime privé ou s'il est déjà suivi sous ce régime ;
- les soins pris en charge sans participation financière du malade (aide médicale Etat et soins urgents des personnes en situation irrégulière) ;
- les actes médicaux dont la prescription résulte d'accords externes au patient (recherche biomédicale) ;
- les greffes d'organes ;
- la greffe de moelle osseuse et de tissus hématopoïétiques ;
- les prélèvements d'organes ;
- les prélèvements de tissus en vue de dons ;
- les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes ;
- les actes prescrits dans le cadre d'une coopération entre établissements de santé sur l'utilisation d'équipements lourds (IRM, scanners, lasers, TEPscan, etc.) ;
- enfin les actes spécifiquement désignés par accord entre le directeur général et les praticiens concernés, par exemple certains actes très innovants effectués pendant une période d'évaluation.

Dans ce cas, une décision du directeur général est rédigée et diffusée aux praticiens concernés, mentionnant les actes désignés et la période concernée ou la condition suspensive.

En outre, la prise en charge de certains soins liés à un mode particulier de traitement médical (personnel hospitalier, militaires, détenus, personnes qui sont astreints à des soins requis par l'autorité réglementaire ou judiciaire, consultants d'établissements de santé dans le cadre d'un séjour dans un autre établissement, etc.) est conditionnée, en plus de l'accord du patient, à l'accord supplémentaire :

- de l'employeur dans le cadre des soins pris en charge par l'établissement de santé au bénéfice de ses salariés ;
- du chef de corps dans le cas de patients militaires ;
- du ministre chargé de la Justice dans le cas de patients détenus ;
- du directeur de l'établissement d'origine pour le cas de patients d'un établissement de santé consultant dans un autre établissement.

Hormis le cas de détenus où cette restriction est sans exception, elle ne fait pas échec à la possibilité offerte à ces patients de déroger aux soins désignés ou de recevoir d'autres soins sous régime libéral.

Les médecins, les services d'admissions et les secrétariats médicaux devront être particulièrement attentifs à ce que le choix des patients soit exprimé en toute connaissance de cause.

L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation. Elle est organisée de manière à garantir l'information des patients et la neutralité de leur orientation entre activité libérale et activité publique.

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix. A défaut, la responsabilité de l'établissement et du praticien peuvent être mises en cause.

La volonté du patient doit être exprimée par écrit dès lors qu'il y a hospitalisation ou réalisation d'un acte technique ; un double de cet acte est conservé dans le dossier du patient (volet administratif). Il est conseillé aux praticiens exerçant en libéral de faire également constater par écrit la volonté du patient lors des consultations externes.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.

Enfin, aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit), après avis du chef de pôle et autorisation du directeur.

### **III.2) LE RESPECT DU LIBRE CHOIX SUPPOSE UNE INFORMATION LOYALE ET ACCESSIBLE**

Dès la première prise de rendez-vous, le patient doit être informé d'un choix possible entre le secteur public et le secteur privé ; et des conséquences qui en résultent.

#### **III.2.1- L'obligation de donner une information écrite**

Les praticiens exerçant une activité libérale doivent informer les patients des tarifs qu'ils pratiquent.

L'information doit être écrite et préalable à la réalisation des actes et/ou prestations lorsque :

- le montant des honoraires demandés au cours de la consultation, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 euros. Ces honoraires peuvent concerner un ou plusieurs actes techniques et/ou cliniques ;
- le praticien prescrit un (ou des) acte(s) à réaliser lors d'une consultation ultérieure, même si les honoraires demandés au cours de la première consultation sont inférieurs à 70 euros ;
- des actes hors nomenclature sont réalisés.

L'information écrite délivrée doit obligatoirement mentionner, pour chaque acte :

- le montant des honoraires, y compris celui du dépassement ;
- la nature du dépassement: exceptionnel ou autorisé au titre d'un droit permanent à dépassement ou d'un exercice à honoraires libres ; sur ce point, il est important que le motif du dépassement soit compréhensible du patient ;
- les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

L'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable peut faire l'objet d'une pénalité financière, à la charge du praticien, fixée et recouvrée dans les conditions prévues par l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale.

Il est à souligner que les patients peuvent également saisir les caisses, en cas de dépassements jugés au-delà du tact et de la mesure.

### **III.2.2- L'obligation d'affichage**

Le praticien exerçant une activité libérale doit afficher de façon visible et lisible, dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice, les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture.

Ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Le praticien doit afficher ses tarifs dans sa salle d'attente. En l'absence de salle d'attente proprement dite, l'affichage doit se faire dans le lieu de réception le plus approprié : secrétariat, hall d'entrée et/ou lieu d'exercice du professionnel (cabinet de consultations ou de soins). En cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages devront être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient.

Le praticien est libre d'utiliser le formulaire qu'il estime le plus adapté. Il doit toutefois obligatoirement faire apparaître les phrases citées aux articles R.1111-22 à R.1111-24 du CSP, sans adaptation, résumé ou extraction.

Le respect de l'obligation d'affichage est vérifié notamment par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que par toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes, notamment les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes. Le fait de ne pas respecter l'obligation d'affichage dans les conditions fixées au code de la santé publique est sanctionné par une amende administrative d'un montant maximal de 3 000 euros.

Les assurés sociaux disposent d'une plateforme d'information mise en place par l'assurance maladie disponible en ligne sur le site [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) permettant de connaître les tarifs moyens pratiqués par les professionnels de santé, préalablement à toute prise de rendez-vous.

### **III.2.3- L'obligation d'information sur le site internet de l'établissement**

La loi n°2011-940 du 10 août 2011 (modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) complète l'article L.1111-3 du code de la santé publique en prévoyant que « les sites de communication au public en ligne des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »

Les praticiens exerçant une activité libérale doivent donc transmettre à la Direction des Affaires financières, les tarifs et dépassements d'honoraires éventuels qu'ils pratiquent. Ils sont initialement mentionnés en annexe au contrat lors de sa signature, puis transmis chaque année à la Direction des Affaires financières, qu'ils soient modifiés ou non. Toute modification infra annuelle est notifiée selon le même circuit.

## CHAPITRE IV

### MODALITES DE CONTROLE DE L'ACTIVITE LIBERALE

*Il incombe aux praticiens eux-mêmes de transmettre à l'administration hospitalière, tous les trimestres, les états détaillés de leur activité libérale conformément au modèle en usage au CHU de Bordeaux et dont un exemple est annexé à la présente Charte. Ces états doivent être régulièrement communiqués au chef de pôle.*

*La transmission des données de l'activité libérale s'accompagne d'un contrôle continu par l'administration des éléments communiqués, provenant tant de la statistique nationale inter régimes (SNIR) que des données disponibles dans le système d'information, qui doivent être documentées régulièrement et de bonne foi par le praticien.*

#### IV.1) LA COMMISSION DE L'ACTIVITE LIBERALE DU CHU DE BORDEAUX

##### IV.1.1- Composition

Les membres de la commission de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Elle comprend :

1. Un membre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins, n'exerçant pas dans l'établissement et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
2. Deux représentants désignés par le Conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
3. Le directeur général du CHU de Bordeaux ou son représentant ;
4. Un représentant de la Caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
5. Deux praticiens exerçant une activité libérale désignés par la Commission médicale d'établissement ;
6. Un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la Commission médicale d'établissement ;
7. Un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations mentionnées à l'article L.1114-1 du code de la santé publique.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé. Le président de la Commission médicale d'établissement, qu'il exerce ou non une activité libérale, et les praticiens exerçant une activité libérale au sein du CHU, ne peuvent être élus président de la commission.

En vue de préparer les séances et d'assurer le suivi des décisions, la commission désigne en son sein un bureau permanent composé de trois membres dont son président.

Le mandat des membres de la commission locale de l'activité libérale est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

##### IV.1.2- Missions

La Commission de l'activité libérale est chargée de veiller à la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale.

La Commission de l'activité libérale peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par :

- le directeur général de l'Agence régionale de santé,
- le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie,
- le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins,
- le président du Conseil de surveillance,
- le président de la Commission médicale d'établissement,
- le directeur général du CHU de Bordeaux.

Un praticien peut saisir la Commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La Commission de l'activité libérale saisit le directeur général du CHU et le président de la Commission médicale d'établissement dans les cas où elle est informée de difficultés rencontrées dans l'organisation des activités médicales publiques du fait de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses des contrats d'activité libérale signés par les praticiens. Elle informe le président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins lorsqu'elle a connaissance d'un non-respect par le praticien des règles déontologiques.

La Commission d'activité libérale peut soumettre aux autorités mentionnées au IV.1.2 alinéa 1 toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens. Elle peut saisir la Commission régionale de l'activité libérale dans les conditions prévues en infra. La Commission de l'activité libérale définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement.

La Commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein du CHU de Bordeaux et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Le rapport est communiqué, pour information, à la Commission médicale d'établissement, au Conseil de surveillance, à la Commission des usagers, au directeur général du CHU et au directeur général de l'Agence régionale de santé.

La Commission peut demander communication au CHU, comme aux praticiens, de toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale. Ces communications s'effectuent dans le respect du secret médical.

La Commission de l'activité libérale se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées au IV.1.2 alinéa 1 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la Commission de l'activité libérale est assuré à la diligence de la direction du CHU. Il fournit à la Commission les éléments d'information chiffrés caractérisant l'activité libérale et l'activité publique personnelle effectuée l'année précédente et notamment :

- le nombre de praticiens autorisés à exercer une activité libérale ;
- le nombre et la valeur d'actes effectués à titre libéral et à titre public par chacun des praticiens ayant signé un contrat d'activité libérale ;
- le montant des redevances payées ;
- le nombre et la valeur des actes effectués par chaque praticien comparés aux données du SNIR ;
- le nombre et la valeur des actes effectués au titre de l'activité publique personnelle de chacun des praticiens ayant signé un contrat d'activité libérale.

## IV.2) SUSPENSION OU RETRAIT DE L'AUTORISATION

Le directeur général du CHU porte à la connaissance du directeur général de l'Agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat d'activité libérale qu'il a conclu.

Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation d'exercer peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis de la Commission régionale de l'activité libérale.

La suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est prononcée par le directeur général de l'Agence régionale de santé pour une durée qui ne peut excéder deux ans.

La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'Agence régionale de santé au praticien concerné ainsi qu'au directeur général du CHU par tout moyen permettant d'établir une date certaine d'application.

Préalablement à toute action contentieuse, les contestations relatives à une décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale font l'objet d'un recours hiérarchique devant le ministre chargé de la santé déposé dans les deux mois à compter de la notification.

## IV.3) LA COMMISSION REGIONALE DE L'ACTIVITE LIBERALE

### IV.3.1- Composition

Les membres de la Commission régionale de l'activité libérale sont nommés pour trois ans par le directeur général de l'Agence régionale de santé. S'ils perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger, ils sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir. La commission comprend :

- un président, personnalité indépendante ;
- un membre du Conseil régional de l'Ordre des médecins n'ayant pas de liens d'intérêt avec un établissement de santé privé, désigné sur proposition du Conseil régional de l'Ordre des médecins ;
- deux directeurs d'établissements publics de santé, dont un représentant d'un centre hospitalier universitaire et un représentant d'un établissement public de santé non universitaire nommés sur proposition de l'organisation la plus représentative de ces établissements au plan régional ;
- deux présidents de commission médicale d'établissement, dont un président de commission médicale d'établissement d'un centre hospitalier universitaire et un président de commission médicale d'établissement public de santé non universitaire ;
- le directeur de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ;
- deux représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont un désigné parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- trois praticiens hospitaliers, membres de commissions de l'activité libérale au sein d'établissements publics de santé, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature, dont deux désignés parmi les praticiens autorisés à exercer une activité libérale et un parmi les praticiens n'exerçant pas d'activité libérale ;
- deux membres de conseils de surveillance non médecins, dont l'un est membre du conseil de surveillance d'un centre hospitalier universitaire et l'autre du conseil de surveillance d'un établissement public de santé non universitaire, nommés parmi les membres ayant fait acte de candidature ;
- un représentant des usagers du système de santé nommé parmi les membres d'associations régulièrement déclarées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades.

#### IV.3.2- Missions

La Commission régionale de l'activité libérale établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

A la demande du directeur général de l'Agence régionale de santé, la Commission régionale de l'activité libérale émet un avis sur les autorisations d'exercice délivrées. Elle est obligatoirement consultée sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation proposées ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité compensatrice. Elle peut également faire des propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.

#### **IV.4) LE CONTROLE EXTERNE DES CAISSES DE SECURITE SOCIALE**

Les caisses de sécurité sociale sont amenées à réaliser des mises sous accord préalable et des contrôles externes sur les facturations émises par le CHU. Ces contrôles peuvent déboucher sur une requalification de certains séjours facturés et sur la récupération des indus constatés (article L133-4 du code de la sécurité sociale), voire déboucher sur une sanction financière prononcée par le directeur général de l'Agence régionale de santé.

La requalification peut notamment consister en une substitution de prise en charge en externe à un séjour d'hospitalisation, en une substitution de séjour non pris en charge en lieu et place d'un séjour remboursé par les caisses (chirurgie esthétique et reconstructrice, chirurgie de confort, etc.).

Le praticien qui, dans le cadre de son activité libérale, a procédé au codage d'actes ayant donné lieu à requalification, est responsable de l'ensemble des conséquences financières qui en résultent. Le CHU émettra donc à son encontre un titre de recettes correspondant aux sommes exigées par l'assurance maladie tant au titre des indus que de la sanction éventuelle.

#### **IV.5) LE CONTROLE DES PRESCRIPTIONS EFFECTUEES EN VILLE**

Le praticien qui établit des prescriptions au bénéfice d'un patient pris en charge dans le cadre de l'activité libérale doit utiliser ses propres ordonnances en lieu et place de celles auxquelles il a recours pour son activité publique.

## CHAPITRE V

### DISPOSITIONS FINANCIERES

#### V.1) MODALITES DE REGLEMENT DES HONORAIRES

Les honoraires et leurs dépassements, tels que décrits à l'article 3 du chapitre I, sont perçus :

- soit directement par le praticien ; il s'acquitte trimestriellement de la redevance dans les trente jours qui suivent l'émission du titre de recette à son encontre ;
- soit par l'intermédiaire du comptable de l'hôpital, par le truchement des équipes des admissions ou des secrétariats médicaux du CHU, en leur qualité de régisseurs, qui les reverse aux médecins concernés, déduction faite des redevances. Les honoraires sont versés mensuellement aux praticiens, alors que les redevances sont prélevées par trimestre. La base de calcul est l'état récapitulatif mensuel dressé par chaque praticien.

Les honoraires ne constituent pas une charge d'exploitation de l'hôpital et sont donc gérés indépendamment du compte de résultat, par le comptable de l'établissement.

Les inexactitudes ou fautes dans l'application des honoraires peuvent donner lieu à demande de reversement d'indus par les caisses qui ont remboursé les prestations.

Le praticien transmet la (les) feuille(s) de soins selon un format électronique, par télétransmission à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). En cas de dysfonctionnement du dispositif de télétransmission, et uniquement dans ce cas, il peut utiliser une feuille de soins.

#### V.2) CAS PARTICULIER DES RADIOLOGUES

Les praticiens hospitaliers radiologues bénéficient de la rétrocession d'une quote-part du forfait technique de scanner correspondant à 20 % de son montant. Ils n'ont donc pas le choix sur les modalités de règlement de leurs honoraires.

L'établissement public de santé reverse trimestriellement aux praticiens radiologues hospitaliers la quote-part du forfait technique. L'équipe de la Direction des Affaires financières extrait via Xplora l'activité trimestrielle pour calculer la quote-part à reverser à chaque médecin.

#### V.3) MONTANT DE LA REDEVANCE DUE PAR LES PRATICIENS

En contrepartie du service rendu par le CHU au praticien autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par ce même praticien, au CHU.

La redevance due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité.

La redevance est calculée par la direction des affaires financières du CHU, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens. Elle est assujettie à la taxe sur la valeur ajoutée. Son paiement est trimestriel.

### V.3.1- Assiette de la redevance

L'assiette de la redevance est composée :

- du tarif des actes exécutés figurant aux nomenclatures ;
- des honoraires perçus pour les actes hors nomenclature ;
- des dépassements d'honoraires demandés aux malades personnels.

Ne sont pas soumis à redevance les examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan).

### V.3.2- Taux de la redevance

La redevance, assujettie à la TVA de taux normal (20%), est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris. Ce pourcentage varie selon le type de consultation ou d'acte réalisé.

- Les consultations génèrent une redevance de 16%
- les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie génèrent une redevance de 25%
- les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie génèrent une redevance de 60%
- certains actes de cardiologie et de radiologie interventionnelle\*, associant un acte interventionnel et un acte d'imagerie (antérieurement affectés d'un double codage NGAP classés avec la CCAM dans le seul code de regroupement "ADI" (actes d'imagerie) sont soumis à un taux de redevance de 40%.  
Les actes qui comportent la codification d'un acte principal et d'un geste complémentaire ou d'un supplément, se voient appliquer le taux défini pour chacun d'eux, en fonction de leur nature.

\* actes de cardiologie et de radiologie interventionnelle concernés :

- 1- actes du paragraphe 04.01.04 (Radiographie de l'appareil circulatoire), à l'exception de ceux du sous paragraphe 04.01.04.15 (Angiographie de l'œil) ;
- 2- actes du sous-paragraphe 07.01.04.03 (Radiographie des conduits biliaires et pancréatiques), à l'exception des actes dont le code est HMQH006, HMQH004, HNQH004 ;
- 3- actes du paragraphe 08.01.03 (Radiographie de l'appareil urinaire et génital) dont le code est JGQH001, JGQH003, JGQH004, JHQH001 ;
- 4- acte du sous-paragraphe 19.01.09.03 (Tentative d'angioplastie).

### V.3.3- Paiement de la redevance

L'administration reçoit un mois au plus tard après l'échéance du trimestre les déclarations des praticiens, déclarations formalisées par un imprimé défini par le CHU, qui précise pour chaque acte la date, la nature et le code de l'acte et les honoraires encaissés, que l'acte soit nomenclaturé ou hors nomenclature.

Elle émet par la suite un titre de recettes à l'encontre du praticien.

Les redevances encaissées par l'hôpital viennent en compensation des dépenses réputées engendrées par l'activité libérale. Il s'agit donc d'un remboursement de frais. Elles ne sauraient donc permettre l'ouverture de nouvelles dépenses en cours d'année, ni d'intéressement d'aucune sorte. En revanche elles font l'objet d'une constatation dans la comptabilité de l'hôpital et, par conséquent, dans celle du centre de responsabilité (pôle) concerné.

Les demandes d'information peuvent être adressées à la Direction Générale du CHU aux destinataires suivants :

- pour les questions réglementaires et contractuelles : Direction des Affaires médicales
- pour les questions financières : Direction des Affaires financières ;
- pour les questions de sécurité sociale : Service médical des caisses

Ainsi que l'a rappelé le Conseil d'Etat dans sa décision n° 235066 du 3 février 2003, la redevance est due par le praticien "du seul fait de l'utilisation des installations techniques ainsi que des locaux et du personnel de l'établissement mis à sa disposition [...] sans qu'il y ait lieu de faire de distinction selon que les honoraires correspondants ont été ou non recouverts".

Il ne peut donc être admis de différé dans la déclaration de la redevance (par retard du praticien dans l'adressage des feuilles de soins aux caisses, par retard d'administration, pour attendre que le paiement ait été effectué par les caisses etc.).

L'administration effectue un contrôle par rapport aux actes recensés par l'Assurance Maladie (SNIR), en retenant une tolérance de 5% admise compte tenu des erreurs ou délais de saisie par les services informatiques du SNIR et des actes gratuits qui peuvent être réalisés par le praticien dans son exercice libéral.

En cas de sous-déclaration au-delà de 5%, une rectification est opérée par l'administration qui en avertit le praticien. Sur la demande de ce dernier il peut être procédé à un rapprochement des données déclaratives et des données du SNIR.

En cas d'anomalie patente de cotation, le praticien est sollicité par la Direction des Affaires financières pour donner toutes explications. En l'absence de telles justifications, la commission de l'activité libérale est saisie.

La Direction des Affaires financières transmet un décompte des sommes dues au titre du trimestre échu au praticien qui doit honorer le paiement dans les meilleurs délais et en tout état de cause avant un délai de quinze jours après émission du titre de recettes.

A défaut de règlement, le recouvrement par tous moyens juridiques est confié aux services de la Trésorerie du CHU de Bordeaux.

En cas de sous-déclaration manifeste décrite précédemment, ou d'absence de déclaration, le titre de recettes redressé sera calculé sur la base du SNIR. Il n'est pas prévu de modification à la baisse de ce titre exécutoire tant que les éléments de preuve ne sont pas produits par le praticien.

### **V.3.6- Contrôle réglementaire et juridictionnel**

Pour la perception des redevances, le CHU est soumis, comme pour toute opération comptable ou de manipulation de deniers, au contrôle de la Direction des finances publiques et de la Chambre régionale des Comptes. A ce titre, il peut être demandé aux praticiens exerçant une activité libérale de produire tout élément de preuve sur son exercice.

**ANNEXE 1/3**  
**SUPPORT INSTITUTIONNEL NORMALISE**  
**DE DECLARATION DE LA REDEVANCE**



Département des Ressources Financières  
Tél : 05 57 82 08 58  
Poste 20858

### ACTIVITE LIBERALE DES PRATICIENS A TEMPS PLEIN

Les actes réalisés suivant la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Les zones en jaune sont réservées à la saisie de votre déclaration. La saisie :

- du code CCAM (colonne 1) ==> affiche le prix unitaire (colonne 7),
- du nombre d'actes (colonnes 2 à 2c) ==> affiche le tarif global de base (col. 8)
- de la lettre du modificateur (col. 4) ==> affiche le % du modificateur de majoration à appliquer (col. 5).
- des honoraires perçus s'ils sont supérieurs au tarif opposable de l'AM à saisir par type d'acte (incluant les dépassements d'honoraires ou les modificateurs X, I, 9, O, trop complexes pour être intégrés dans le formulaire) ==> Le code de regroupement (col. 6) et les calculs du tarif servant de base (col. 8) à la redevance (col. 11) sont automatiques. La redevance est calculée, soit sur le tarif opposable + les modificateurs, soit sur les honoraires perçus.

NOM DU PRATICIEN				PERIODE	ANNEE 2014 3e trimestre							
CODE REGROUPEMENT				Nbre actes	Honoraires déclarés	Taux	Redevance					
ACO												
ADA												
ADC												
ADE												
ADI				24	3 913,17	60%	2 347,90					
ADI interventionnels				5	965,42	40%	386,17					
ADI archivage numérique				43	64,50	100%	64,50					
ADI IRM												
ADI scanner												
ATM				23	6 688,00	25%	1 672,00					
DEN												
<b>TOTAL</b>				<b>95</b>	<b>11 631,09</b>		<b>4 470,57</b>					
Codes CCAM	Nbre actes à 100 %	Nbre actes à 50%	Nbre actes à 75%	Libellé code CCAM	Lettre du modificateur	% du modificateur	Code regroupement	Tarif unitaire de l'acte	Tarif de base des actes à 100%, 50%, 75% + modificateur	Honoraires perçus (si supérieurs au tarif AM ou avec modifs X, I, 9, O)	TAUX	Redevance à recouvrer
[1]	[2]	[2b]	[2c]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8] = [3] x [5] x [7]	[9]	[10]	[11] = [8] OU [9] x [10]
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>								<b>11 631,09</b>			<b>4 470,57</b>
EGSF002	5			Embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée			ATM	209,00	1 045,00		25%	261,25
YYYY180	5			Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 8, réalisée en salle d'imagerie			ADI	109,53	547,65		60%	328,59
EFAF002	18			Dilatation intraluminaire d'une veine du membre supérieur sans pose d'endoprothèse, par voie veineuse transcutanée			ATM	313,50	5 643,00		25%	1 410,75
YYYY200	18			Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 11, réalisée en salle d'imagerie			ADI	182,54	3 285,72		60%	1 971,43
ECQH006	1			Artériographie du membre supérieur par injection intraartérielle transcutanée, sans manœuvre positionnelle			ADI	96,00	96,00		40%	38,40
YYYY300	1			Supplément pour imagerie pour acte de radiologie interventionnelle, réalisée au bloc opératoire			ADI	79,80	79,80		60%	47,88
EDQH006	1			Artériographie sélective et/ou hypersélective de plusieurs branches digestives de l'aorte abdominale, par voie artérielle transcutanée			ADI	240,00	240,00		40%	96,00
YYYY210	1			Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 12, réalisée en salle d'imagerie			ADI	194,71	194,71		40%	77,88
EDQH003	1			Artériographie sélective ou hypersélective d'une branche extradiigestive de l'aorte abdominale ou d'une branche de l'artère iliaque interne, par voie			ADI	240,00	240,00		40%	96,00
YYYY210	1			Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 12, réalisée en salle d'imagerie			ADI	194,71	194,71		40%	77,88
YYYY600	43			Supplément pour archivage numérique d'un examen scanographique ou remnographique			ADI	1,50	64,50		100%	64,50

## MODALITES D'ENCAISSEMENT DES HONORAIRES DU PRATICIEN

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire des équipes administratives de l'hôpital.

- *Directement*

Pour les patients assurés sociaux, le praticien doit télétransmettre les codifications des actes réalisés ou, en cas exceptionnel de dysfonctionnement du dispositif de télétransmission, établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés :

- si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien télétransmet la codification des actes réalisés pour permettre le remboursement du patient, ou lui remet une feuille de soins, à charge pour lui d'en demander le remboursement à l'assurance maladie ;
- si le patient a été dispensé de l'avance des frais, pour la part du régime obligatoire, le praticien télétransmet la codification des actes réalisés à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de son organisme complémentaire.

Les praticiens transmettent à la Direction des Affaires financières un état récapitulatif de leur activité libérale. Cet état doit faire figurer au regard de chaque acte (lettres-clés de la NGAP ou code CCAM) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements.

- *Par l'intermédiaire des équipes administratives de l'hôpital*

Les sommes sont encaissées par le régisseur du CHU, qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du trésor aux fins de comptabilisation sur un compte dédié. L'établissement reverse mensuellement les honoraires encaissés au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie donnent lieu à émission, par l'établissement, d'un avis de recouvrement spécifique à l'encontre du patient concerné ; cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires.

Les praticiens doivent transmettre le même état récapitulatif que celui établi par les praticiens encaissant directement leurs honoraires.

▪ Encaissement en régie

Les régies prolongées sont les plus appropriées, dans la mesure où les locaux du comptable du CHU sont éloignés du lieu d'exercice de l'activité libérale, et facilitent le règlement des honoraires.

L'encaissement en régie doit être enregistré sur un quittancier particulier et dispense d'émettre un avis de recouvrement à l'encontre du patient.

Par ailleurs, le praticien peut transmettre la feuille de soins signée directement au régisseur, qui peut la remettre ou l'envoyer au patient après y avoir porté l'attestation du règlement.

L'organisation des régies relève de la compétence de l'établissement sous réserve de l'avis conforme du comptable assignataire des opérations de la régie.

L'encaissement en régie via un terminal de paiement peut être autorisé, sous réserve d'être prévu au sein de l'acte constitutif de la régie.

Les encaissements en régie sont reportés par médecin sur le bordereau récapitulatif des avis de recouvrement adressé au comptable, complété par la mention « Encaissé en régie » pour justifier l'absence d'avis de recouvrement.

- Encaissement par le comptable de l'établissement

#### Mise en recouvrement

Chaque acte à recouvrer non encaissé ou partiellement encaissé en régie fait l'objet de l'émission d'un avis de recouvrement, qui précise : le nom et l'adresse du malade, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires à facturer, éventuellement l'indication d'une dispense d'avance de frais ainsi que la désignation du médecin, suivie de son numéro d'immatriculation. Un titre de recettes peut être utilisé à condition que la mention « exécutoire » soit remplacée par la mention « Honoraires médicaux - Activité libérale ». Dans cette hypothèse, il s'agit d'une série spéciale ne donnant pas lieu à prise en charge budgétaire.

L'avis est établi en quatre exemplaires :

- Le CHU adresse au patient un exemplaire de l'avis de recouvrement.
- Un exemplaire est conservé par l'établissement.
- Deux exemplaires sont joints au bordereau récapitulatif. Ce bordereau est établi en deux exemplaires (un pour le comptable et un autre pour l'établissement). Il reprend les mêmes informations que celles portées sur les avis de recouvrement et doit être visé par le médecin concerné avant sa transmission au comptable.

#### Recouvrement

Lors du paiement des avis de recouvrement, le comptable annote le bordereau récapitulatif concerné et adresse à la fin de chaque semaine au CHU, le double des avis de recouvrement avec l'indication de la date du règlement.

Le comptable reverse mensuellement, à chaque médecin, les sommes encaissées.

A réception des avis de recouvrement payés, le CHU annote les bordereaux récapitulatifs correspondants. Il adresse à chaque médecin un avis l'informant du montant des honoraires versés auquel sont joints les avis de recouvrement encaissés et un état récapitulatif des avis de recouvrement non payés.

#### Cas des chèques impayés

Lorsque le comptable présente à nouveau ce chèque à l'encaissement, ce dernier peut être régularisé ou non. Le comptable annote le bordereau récapitulatif, informe l'ordonnateur et lui remet le chèque impayé.

#### Modalités d'encaissement en tiers payant

S'il y a eu dispense d'avance de frais, le comptable encaisse le montant du remboursement de l'assurance maladie pour les prestations liées à l'activité libérale des praticiens.

Cette situation est source de difficultés d'identification des montants réglés, aussi l'ouverture d'un compte de dépôt de fonds au nom du régisseur peut être envisagée, sous réserve d'être prévue dans l'acte constitutif de la régie. Les sommes relatives au tiers payant dans le cadre de l'activité libérale des praticiens seraient ainsi virées par les CPAM sur ce compte de dépôts de fonds.

Afin de pouvoir distinguer les versements dus à titre de l'activité libérale de ceux réalisés au titre de la CMU, il est donc donné aux établissements la possibilité que ces versements soient encaissés par le comptable de l'établissement ou par le régisseur.

A cet effet, l'assurance maladie doit avoir connaissance de :

- l'identification du praticien dans le cadre de son exercice libéral (numéro d'identification du praticien) et celle de l'établissement du lieu d'exercice du praticien (numéro Finess géographique) sur la feuille de soins (titre médecin) ;

- des coordonnées du destinataire du règlement retenu (comptable ou régisseur). Cette information sera sollicitée par la caisse primaire d'assurance maladie.

Dans le cadre de cette procédure, le règlement est adressé au régisseur de l'établissement (en lieu et place éventuels du comptable de l'établissement), et un bordereau tiers-payant est également communiqué au destinataire du règlement ainsi qu'au professionnel de santé pour information.

#### **V.3.5- Cas particulier : encaissement pour le compte du CHU de produits utilisés en externe, dans le cadre de l'activité libérale du praticien**

Un praticien exerçant une activité libérale en externe peut utiliser des produits pharmaceutiques acquis par le CHU et non remboursables par les organismes d'assurance maladie.

En accord avec le Trésorier et dans le respect de la décision de régie afférente, le praticien peut être nommé mandataire afin de procéder à l'encaissement de chèques libellés à l'ordre du Trésor Public et correspondant à la facturation par le CHU de produits pharmaceutiques (par exemple toxine botulinique) utilisés au cours de la consultation externe.



# CONTRAT D'ACTIVITE LIBERALE

## ENTRE

Le Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX,  
représenté par son Directeur général, Monsieur Philippe VIGOUROUX,

## ET

«EN» «NO» «PR»

**Statut hospitalier :**

«F1»

**Adresse :**

XXX

XXX

**Groupe hospitalier :**

«ETS»

**Pôle :**

«AP»

**Inscrit au Conseil départemental**

de l'Ordre des médecins de la Gironde sous le n° «Nconseil»

**Qualification ordinale :** «Qualification»

**Date de qualification :** «Date\_qualification»

**Secteur conventionnel :**

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

### ARTICLE 1er : OBJET

Le Professeur (Docteur) XXX exerce une activité libérale dans le pôle XXXX (service (ou unité) XXXXX), dans les conditions fixées par les articles L.6154-1 à L.6154-6 et R.6154-4 à R.6154-26 du Code de la santé publique ; et par la charte interne de l'activité libérale dont le praticien procède à une lecture attentive.

**ARTICLE 2 : CONDITIONS D'EXERCICE**

Dans le respect de l'article L.6154-2 du Code de la santé publique, le Professeur (Docteur) XXX déclare qu'il exerce personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.

Il s'engage :

Article 2-1 : A ne pas consacrer (rayer la mention inutile) plus :

- de 20% ;
- de 10%

de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint.

Article 2-2 : A s'identifier dans le système d'information du CHU comme utilisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité publique personnelle.

Article 2-3 : A fournir trimestriellement au directeur de l'établissement et au président de la commission de l'activité libérale le tableau de service réalisé ainsi qu'un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale, précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectués.

Article 2-4 : A ce que ce nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle.

Article 2-5 : A respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement.

Article 2-6 : A ne débiter son activité libérale que lorsque son contrat a été approuvé par le directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine conformément aux dispositions de l'article L. 6154-4 du Code de la santé publique.

**ARTICLE 3 : PERCEPTION DES HONORAIRES**

Le Professeur (Docteur) XXX choisit de percevoir ses honoraires par entente directe avec le patient. Il s'engage à verser trimestriellement le montant de la redevance dont il est redevable vis-à-vis du CHU.

OU

Le Professeur (Docteur) XXX choisit de percevoir ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Celle-ci s'engage à lui reverser mensuellement les honoraires recouverts. L'administration hospitalière prélève tous les trimestres le montant de la redevance dont le Professeur (Docteur) XXX est redevable vis-à-vis du CHU.

**ARTICLE 4 : INFORMATION PATIENT**

Les honoraires ou fourchettes d'honoraires des consultations sont affichés dans la salle d'attente, conformément aux dispositions de l'article R. 1111-21 du Code de la santé publique relatif à l'information des tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux, sur un support dédié mis à disposition, ainsi que sur le site internet du CHU. A cet effet, il transmet la liste et les montants des actes à la Directrice des Affaires financières au démarrage de son activité libérale puis à chaque mise à jour des tarifs.

**ARTICLE 5 : SECRET PROFESSIONNEL**

Le Professeur (Docteur) XXX veille au respect du secret professionnel par les personnes appelées à l'aider dans son exercice.

L'établissement s'engage à veiller pour sa part à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés sous la responsabilité du Professeur (Docteur) XXX à l'abri des indiscretions.

**ARTICLE 6 :           RESPONSABILITE ET ASSURANCE PROFESSIONNELLE**

Le Professeur (Docteur) XXX exerce sous son entière responsabilité ; à cet effet, il fait le nécessaire pour que son activité professionnelle soit couverte par une police d'assurance adéquate qu'il communique au directeur de l'établissement à la demande de celui-ci.

**ARTICLE 7 :           MOYENS**

L'hôpital met à la disposition du Professeur (Docteur) XXX les moyens (humains et matériels) nécessaires pour lui permettre d'exercer son art compte tenu de sa spécialité, sous réserve de ne pas désorganiser le service public.

**ARTICLE 8 :           CONTINUITE DES SOINS**

Le Professeur (Docteur) XXX s'entend avec ses confrères hospitaliers pour qu'en cas d'absence la continuité des soins soit assurée.

**ARTICLE 9 :           DUREE, MODIFICATION, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT**

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq années et prend effet à compter de sa date d'approbation.

Il prend fin si une demande de renouvellement n'a pas été faite dans les six mois qui précèdent son expiration.

Il peut faire l'objet d'avenants dans les conditions et selon les procédures requises pour son établissement.

Le contrat prend fin de plein droit si le Professeur (Docteur) XXX cesse des fonctions hospitalières à temps plein dans l'établissement, s'il renonce à l'exercice d'une activité libérale ou si l'autorisation d'exercer une telle activité lui est retirée.

**ARTICLE 10 :         SUIVI DE L'ACTIVITE, CONTROLES ET SANCTIONS**

Conformément aux dispositions prévues au IV de l'article L.6154-2 du Code de la santé publique, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, le Professeur (Docteur) XXX s'engage à ne pas s'installer, pendant une période égale à vingt-quatre mois, dans des rayons de dix kilomètres calculés à vol d'oiseau à partir de tous les sites du CHU de Bordeaux.

En cas de non-respect de cette clause, le Professeur (Docteur) XXX devra verser à l'établissement une indemnité calculée selon les modalités suivantes : 25% du montant mensuel moyen des honoraires de l'activité libérale perçus par le Professeur (Docteur) XXX, redevance comprise, au cours des six derniers mois, multiplié par le nombre de mois pendant lesquels la clause n'est pas respectée.

**ARTICLE 11 : INFORMATION DU CONSEIL DE L'ORDRE**

Conformément à l'article L.4113-9 du Code de la santé publique, le Professeur (Docteur) XXX communique le présent contrat au Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Fait à Talence, le XXXXX  
(en 7 exemplaires)

Professeur (Docteur) XXX

Philippe VIGOUROUX

Directeur Général

Destinataires :

- *Intéressé (1)*
- *Agence régionale de santé (1)*
- *Direction des Affaires médicales du CHU (1)*
- *Département des Affaires financières du CHU (1)*
- *Ordre des médecins (1)*
- *Trésorerie principale (1)*
- *CPAM de la Gironde (1)*

CADRE RESERVE à l'APPROBATION de l'AGENCE REGIONALE DE SANTE

# La conciliation médicale au CHU de Bordeaux

---

*Service santé travail  
Commission Médicale d'Établissement  
Avril 2019*

# Note

---

Sur l'impulsion de son Président de CME, le CHU de Bordeaux a décidé de créer en juin 2017 une commission de conciliation médicale pour intervenir en cas de tensions, dysfonctionnements et conflits entre des membres du corps médical. La conciliation est un mode alternatif de règlement des différends impliquant l'intervention d'un tiers neutre, impartial et indépendant. Sa finalité est de trouver une solution à l'amiable entre deux parties.

Un staff de conciliation a été constitué au sein du CHU, réunissant des membres du service de santé au travail (Catherine Verdun-Esquer, Nathalie Gréard) et de la sous-commission « Attractivité-Accompagnement des carrières » i.e. C2A (Isabelle Faure, Charline Sazio et Pierre Burbaud). Par ailleurs, 22 conciliateurs potentiels (Hospitaliers et Hospitalo-Universitaires) ont été formés à la conciliation sur 5 journées pleines par l'Institut Français de la conciliation (Madame Christine Lamoureux). La liste des conciliateurs, validée par le président de la CME et le DG, est représentative des différents statuts des praticiens exerçant dans l'établissement ainsi que des différentes spécialités et pôles.

Cette procédure locale est à ce jour en mesure d'être déployée. Elle s'est inscrite de manière anticipée dans un dispositif national formalisé dans un décret en cours d'adoption « ***instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médicosociaux*** ».

Dans la FPH à proprement parler, la médiation s'applique à "*tout différend entre professionnels hospitaliers, opposant soit un agent à sa hiérarchie soit des personnels entre eux dans le cadre de leurs relations professionnelles dès lors qu'ils sont employés par le même établissement, au sein d'une direction commune ou d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) et que ce différend porte une atteinte grave au fonctionnement normal du service*".

Ce décret prévoit que « la saisine du médiateur régional ou interrégional prévu à l'article 4 n'est ouverte que lorsque le différend n'a pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de conciliation ou de médiation et, le cas échéant, qu'après avoir été porté devant la commission régionale paritaire mentionnée à l'article R. 6152-326 du code de la santé publique lorsque le différend concerne au moins un personnel médical mentionné au 1° de l'article L.6152-1 du même code. » Le dispositif local de conciliation élaboré par le CHU de Bordeaux après plus d'un an de préparation sera donc opérationnel avant même la parution officielle du décret le préconisant. La charte de conciliation médicale fera partie du règlement intérieur du CHU et à ce titre a été soumise à avis du Directoire du CHU.

Le fonctionnement de ce dispositif de conciliation sera le suivant (cf. Logigramme en annexe).

Lorsqu'un praticien est confronté à des tensions ou dysfonctionnements dans ses conditions relationnelles de travail, il a la possibilité de solliciter directement le staff de conciliation au travers d'une adresse mail générique [conciliation@chu-bordeaux.fr](mailto:conciliation@chu-bordeaux.fr) qui va dispatcher le message aux adresses personnelles des membres du staff conciliation (Isabelle Faure, Charline Sazio, Nathalie Greard, Catherine Verdun-Esquer et Pierre Burbaud).

Hormis cette sollicitation directe par le praticien, le staff conciliation peut également être saisi par un Chef de pôle, un Chef de Service, un Responsable d'unité, le service de santé au travail ou par un acteur institutionnel tel que le DG, le Président de la CME, le Directeur des affaires médicales, les Doyens....

Dans la suite de cette saisine, une première évaluation est réalisée (sur dossier ou par entretien) par le service santé travail pour éliminer des facteurs d'exposition professionnelle ou des problèmes de santé incompatibles avec la tenue d'une conciliation.

Le dossier est ensuite discuté au sein du staff de conciliation qui détermine si la conciliation est justifiée. Pour ce faire, le staff devra évaluer la présence de dysfonctionnements contraires à la réglementation, le niveau d'avancée du conflit qui pourraient être de nature à contre-indiquer la conciliation.

Dans le cas où le staff considère la conciliation comme justifiée, il se rapproche des deux parties en présence pour leur proposer cette modalité de résolution de conflits, et il identifie deux praticiens conciliateurs potentiels n'ayant pas de conflits d'intérêt avec les parties impliquées.

Si le processus de conciliation est accepté par les deux parties, le DG et le président de la CME en seront informés. Le processus débutera par une demande de mission auprès des praticiens conciliateurs (travaillant toujours en binôme). Ceux-ci peuvent se récuser ou être recusés par une des parties pour des raisons de neutralité. Après confirmation de la désignation des praticiens conciliateurs, le déroulement de la conciliation suivra une méthodologie structurée mettant en œuvre des techniques acquises par les praticiens conciliateurs au cours de la formation qui leur a été spécifiquement délivrée.

La première étape consistera à mener un entretien individuel auprès de chacune des parties pour identifier les étapes du conflit. A l'issue, une rencontre « plénière » en présence des deux parties et des deux praticiens conciliateurs se tiendra selon des règles de communication strictes pour tenter d'arriver à un accord sur les problèmes et difficultés à solutionner. Un dernier entretien plénier dit de « résolution de problème » pourra se tenir en vue de consolider l'accord entre les parties.

A l'issue de cette rencontre, les parties s'accordent sur la rédaction et la communication de leur accord.

Dans le cas d'une conciliation demandée par un tiers (chef de pôle, de service, responsable d'unité, acteur institutionnel...) un retour lui est effectué par les praticiens conciliateurs dans le respect des règles de confidentialité.

Le DG et le président de la CME seront informés de l'issue du processus de conciliation, dans le respect également des règles de confidentialité..

En cas de désengagement d'une des parties à tout moment du processus, différentes solutions alternatives peuvent être proposées:

- conseil personnalisé par un membre de la sous-commission C2A
- intervention institutionnelle (DG, DAM, université...) ou externe (CNG, ARS...)
- accompagnement du SST en gestion des conflits : positionnement professionnel, communication, organisation du travail...
- arbitrage institutionnel
- ...

En l'absence d'un accord, un arbitrage pourra être demandé à l'institution qui pourra également saisir le dispositif régional de médiation selon des modalités qui restent à définir à la parution officielle du décret.

## Charte de conciliation

---

La conciliation est un mode alternatif de règlement des différends impliquant l'intervention d'un tiers neutre, impartial et indépendant.

Le présent document a pour but de définir les règles auxquelles le conciliateur médical déclare se soumettre et qui pourront, en cas de manquement de sa part, entraîner le non renouvellement de cette mission.

## **I. COMPETENCE ET DESIGNATION DES MEDECINS CONCILIEURS**

### **COMPETENCE**

Les praticiens conciliateurs doivent posséder une compétence et des connaissances relatives aux procédures de conciliation attestée par une formation spécifique. A cette fin, l'établissement mobilisera les moyens nécessaires pour leur permettre d'acquérir une formation adéquate (5 journées pleines, Institut Français de la Conciliation, CFPPS) qui sera mise à jour régulièrement sous forme de groupes d'analyse des pratiques.

### **DESIGNATION SUR LA LISTE DES CONCILIEURS**

Une liste d'une trentaine de praticiens conciliateurs a été établie par le staff de conciliation (et susceptible d'être actualisée). Elle est représentative des différents statuts, pôles et spécialités des personnels médicaux exerçant dans l'établissement. Cette liste sera soumise à validation du Président de la CME et du Directeur Général.

Lorsqu'il est sollicité, le staff de conciliation désigne deux conciliateurs parmi la liste des conciliateurs potentiels formés au sein du CHU. Le choix sera déterminé par l'absence de conflits d'intérêt et l'appartenance à un pôle différent du pôle des deux parties en conciliation

Le praticien conciliateur ne s'engage dans la conciliation qu'avec l'accord des deux parties sur sa nomination.

## **II. INDEPENDANCE ET IMPARTIALITE**

### **INDEPENDANCE ET NEUTRALITE**

Le praticien conciliateur ne doit pas entreprendre une conciliation, ou la poursuivre, sans avoir fait connaître les circonstances qui pourraient affecter son indépendance ou conduire à un conflit d'intérêt, ou être considérées comme telles. Cette obligation subsiste tout au long de la procédure.

Ces circonstances sont notamment :

- toute relation personnelle ou professionnelle d'ordre hiérarchique ou fonctionnelle avec l'une des parties ;
- tout intérêt financier/professionnel ou autre, direct ou indirect, dans l'issue de la conciliation.

### **IMPARTIALITE**

Le praticien conciliateur doit agir en toutes circonstances de manière impartiale avec les parties et faire en sorte que son attitude apparaisse comme telle. Il doit s'efforcer de se comporter de manière équitable.

## **III. ETHIQUE**

## **LOYAUTE**

Le praticien conciliateur, ne peut en aucun cas remplir des fonctions de représentant ou de conseil d'une partie dans une procédure relative au litige faisant l'objet de la conciliation.

## **CLAUSE DE CONSCIENCE**

Le praticien conciliateur a toujours le droit de refuser une mission qui risquerait de heurter sa conscience ou ses opinions.

Le praticien conciliateur peut interrompre une conciliation si son propre jugement, son éthique, l'amènent à penser que celle-ci ne se déroule pas conformément à l'esprit de la conciliation.

## **DISCERNEMENT**

Le praticien conciliateur est attentif au maintien d'un juste équilibre dans les possibilités d'expression des parties.

Il veille à l'équité de l'éventuel accord, au respect de l'ordre public et des bonnes mœurs et vérifie la pleine et entière adhésion des personnes concernées.

## **IV. OBLIGATIONS DU CONCILIATEUR A L'EGARD DES PARTIES**

Le praticien conciliateur, pour accomplir sa fonction, se doit de tout mettre en œuvre pour :

- informer les parties sur les règles de fonctionnement de la conciliation - s'assurer de la libre participation des parties au processus de conciliation
- favoriser les conditions d'un libre échange fondé sur un respect mutuel des intérêts et des personnes,
- permettre aux parties d'élaborer ~~ou non~~ une solution mettant un terme à leur différend, en toute connaissance de cause.

## **MANQUEMENTS**

Les signataires de la présente charte se donnent pour mission de veiller à son application. En cas de manquement à ces règles, le praticien conciliateur sera exclu de la liste des praticiens conciliateurs.

# Déroulement de la procédure de conciliation

---

## **ENGAGEMENT DE LA CONCILIATION**

Le praticien conciliateur doit s'assurer que les parties comprennent bien les étapes et finalités de la procédure de conciliation ainsi que le rôle du praticien conciliateur.

Ce dernier doit s'assurer avant le début de la conciliation que les parties ont compris et expressément accepté les termes et les conditions du recours à la conciliation, et notamment toutes dispositions relatives aux obligations de confidentialité du praticien conciliateur et des parties.

A la demande des parties, l'accord sur le recours à la conciliation est établi par écrit.

## **EQUITE DE LA CONCILIATION**

Le praticien conciliateur s'assure que toutes les parties aient la possibilité de participer effectivement à la procédure.

S'il y a lieu, le praticien conciliateur avise les parties et peut mettre fin à la conciliation si :

- l'accord en passe d'être conclu lui paraît impossible à exécuter ou illégal, compte tenu des circonstances et de sa compétence pour en juger ;
- il estime peu probable que la poursuite de la conciliation permette de parvenir à un accord. Dans ce cas, une solution de règlement de conflit à l'étage institutionnel sera envisagée.

## **FIN DE LA CONCILIATION**

Le praticien conciliateur prend toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que les parties consentent à l'accord conclu en connaissance de cause et qu'elles en comprennent les termes.

Les parties peuvent à tout moment se retirer de la conciliation sans fournir de justification.

Les deux parties formalisent ensuite leur accord sous forme d'un écrit qui les engage sur la résolution du conflit. Celui-ci marque la fin du processus de conciliation.

Cependant, un suivi à distance (6 mois) de la conciliation sera assuré par le staff conciliation, en lien éventuel avec le tiers à l'origine de la demande.

En l'absence d'un accord, un arbitrage pourra être demandé à l'institution ou bien auprès du conciliateur régional selon des modalités qui restent à définir à la parution du décret.

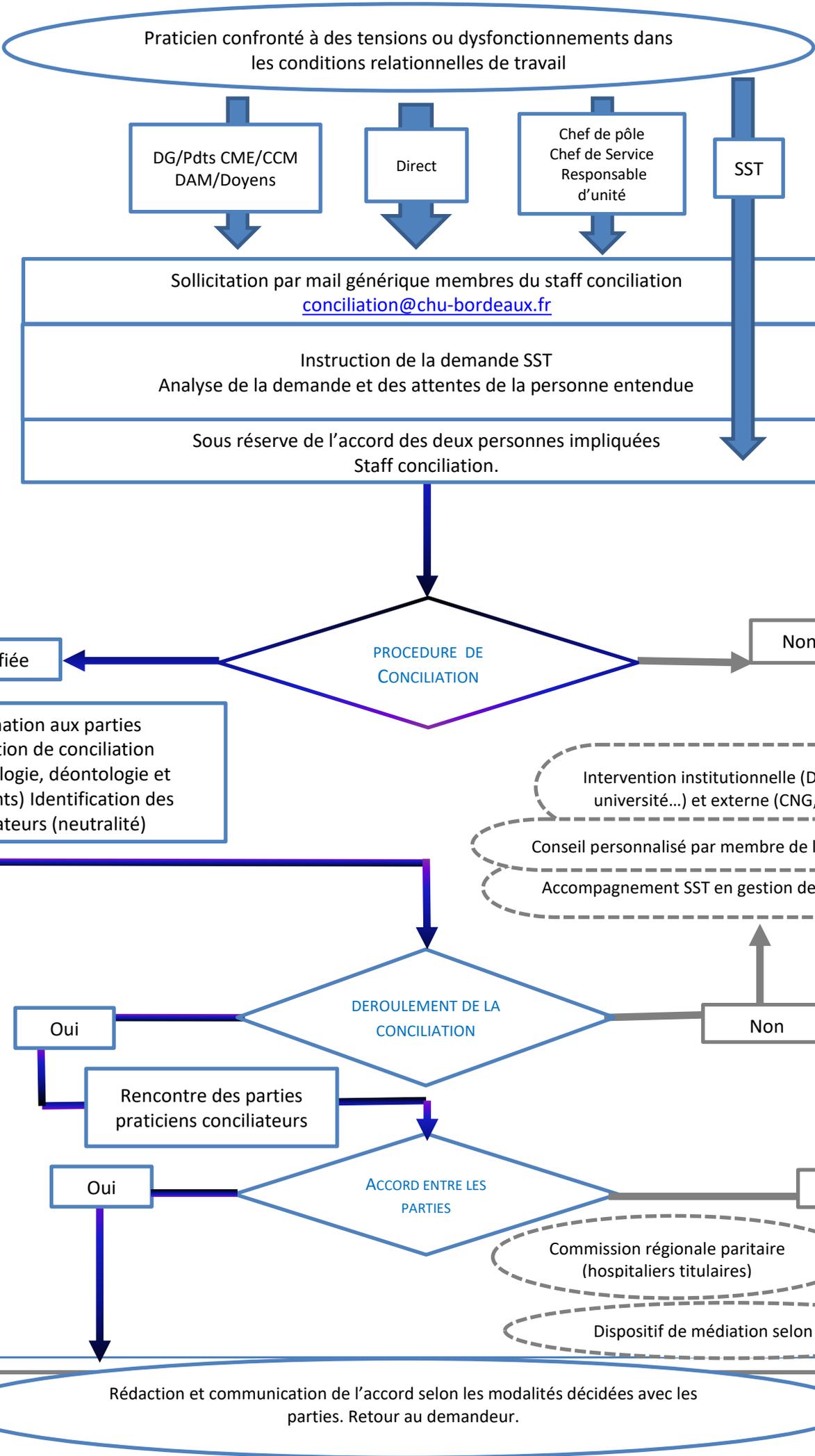
## **CONFIDENTIALITE**

Le praticien conciliateur est tenu à la confidentialité en ce qui concerne l'ensemble des informations résultant de la conciliation ou relatives à celles-ci. Sauf obligation légale, aucune information fournie à titre confidentiel au praticien conciliateur par une des parties ne peut être communiquée aux autres parties sans son accord.

# ANNEXE

---

## *LOGIGRAMME*





CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
BORDEAUX

# CHARTRE TRANSPA RENCE & PROBITÉ

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

Pourquoi une politique de lutte contre les atteintes à la probité au CHU de Bordeaux ?

La corruption ?

Mise en œuvre : responsabilité et déontologie

Les 7 situations à risque  
p. 03

# 01

**SITUATION 1**  
Conflits d'intérêts potentiels  
p. 06

**SITUATION 2**  
Les cadeaux, avantages et invitations (dont les repas d'affaires et les voyages)

# 02

p. 08

# 03

**SITUATION 3**  
Relations avec les fournisseurs

p. 11

**SITUATION 4**

Relations avec les industries des produits de santé dans le cadre de la visite promotionnelle

# 04

p. 12

# 05

**SITUATION 5**  
Activités associatives

p. 13

**SITUATION 6**  
Cumul d'activités

# 06

p. 14

**LA CORRUPTION ET LES RISQUES ENCOURUS**

# 08

p. 17

# 07

**SITUATION 7**  
Mécénat

p. 16

# 09

**ANNEXES**

p. 17

# INTRODUCTION

## POURQUOI UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES ATTEINTES À LA PROBITÉ AU CHU DE BORDEAUX ?



L'opinion publique et nos patients en particulier sont de plus en plus exigeants en termes de transparence et de probité. Le CHU de Bordeaux se doit d'être exemplaire en la matière, ainsi que chaque professionnel qui en fait partie. Il en va de la confiance de notre patientèle, de la fidélité de nos divers partenaires, prestataires et fournisseurs, mais aussi de l'indépendance des pratiques de tous nos professionnels, guidés par l'intérêt général.

La prévention des atteintes à la probité est donc l'affaire de tous.

Le CHU de Bordeaux a exprimé son engagement en faveur de la lutte contre les atteintes à la probité en mettant en place :

- Un référent déontologue
- Une gestion appropriée des liens d'intérêts ;
- Un dispositif de lanceur d'alerte ;
- Une charte de la visite promotionnelle ;
- Un site SharePoint « Transparence et probité » ;
- La présente charte.

La présente charte a donc pour objet d'expliciter les règles adoptées par le CHU, en matière de lutte contre les atteintes à la probité afin d'aider les professionnels à les comprendre et les appliquer.

Elle explique la manière dont ils pourraient être confrontés à des risques d'atteinte à la probité dans le cadre de leur exercice professionnel. Elle fournit également des éléments de réponse aux questions que les professionnels peuvent se poser lorsqu'ils sont confrontés à des situations présentant un risque d'atteinte à la probité. Cette charte précise ce qui est permis, les cas dans lesquels les professionnels doivent rechercher une assistance et ce qui est interdit.

Toutes les situations susceptibles d'être rencontrées ne sont pas traitées de manière exhaustive.

En cas de difficultés d'interprétation des règles de conduite de cette Charte, chaque professionnel est invité à échanger avec son supérieur hiérarchique et à solliciter en cas de question la direction des affaires juridiques et éthiques : [daje@chu-bordeaux.fr](mailto:daje@chu-bordeaux.fr)

**Yann Bubien**  
Directeur Général

Cette Charte entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2023.

# INTRODUCTION

## LA CORRUPTION

La corruption (encore appelée atteinte à la probité) est « *le fait de solliciter d'offrir, de donner ou d'accepter, directement ou indirectement, une commission illicite, ou un autre avantage indu ou la promesse d'un tel avantage indu, qui affecte l'exercice normal d'une fonction ou le comportement requis du bénéficiaire de la commission illicite ou de l'avantage indu ou de la promesse d'un tel avantage indu.* »<sup>1</sup>. Elle peut prendre deux formes : la corruption active et la corruption passive<sup>2</sup>.

Il s'agit donc d'un comportement malhonnête impliquant en pratique au moins deux acteurs :

- Celui qui utilise frauduleusement ses attributions ou son influence pour favoriser un tiers en contrepartie d'un avantage matériel, financier ou autre ;
- Et celui qui propose ou fournit cet avantage.

Un fait de corruption existe même :

- Si celui qui propose l'avantage agit au travers d'un tiers (un intermédiaire, un agent commercial, un sous-traitant, un fournisseur, un partenaire...);
- Si celui qui reçoit l'avantage n'en est pas le bénéficiaire final (le bénéficiaire peut être un parent, un tiers...)
- Si l'action frauduleuse et l'octroi d'avantages indus n'ont pas lieu simultanément (l'avantage indu peut être anticipé ou accordé plus tard) ;
- Si l'avantage indu prend des formes autres que la remise d'argent (il peut s'agir d'objets matériels, de service à rendre, d'un bénéfice de réputation...);
- Si le bénéficiaire est un agent du secteur public ou un professionnel du secteur privé.

La corruption s'accompagne souvent de comportements illicites tels que ceux visés en annexe 2. Ces comportements constituent des infractions à part entière et peuvent supposer l'existence d'un acte de corruption. Chaque professionnel doit ainsi être particulièrement vigilant.



<sup>1</sup> Convention civile sur la corruption du conseil de l'Europe, adoptée le 4 novembre 1999 et en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2003.

<sup>2</sup> Pour une définition de ces deux formes, cf. Annexe 2.

# INTRODUCTION

## MISE EN ŒUVRE : RESPONSABILITÉ ET DÉONTOLOGIE

### LES 7 SITUATIONS À RISQUE

#### A qui s'applique cette charte ?

A l'ensemble des professionnels (agents publics ou assimilés) du CHU de Bordeaux quels que soient leurs statuts, leur niveau hiérarchique et la nature de leur collaboration ainsi qu'aux stagiaires et aux bénévoles intervenants au sein de l'établissement. L'implication de tous dans le respect des valeurs et des principes éthiques du CHU permettra à chacun de mieux réaliser sa mission, de garantir l'image et la réputation du CHU de Bordeaux.

#### Comment utiliser cette charte ?

Cette charte permet à chaque professionnel de s'interroger sur l'attitude qu'il doit adopter dans les situations délicates auxquelles il peut être confronté dans l'exercice de ses fonctions. En cas de doute devant une situation, il est important de se poser les bonnes questions avant de prendre une décision. La lecture de cette charte doit vous y aider.

Vous pouvez également vous poser les questions suivantes

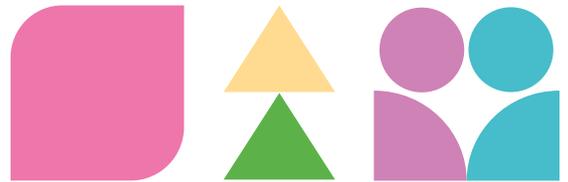
- Est-ce légal ?
- Est-ce conforme à la charte «Transparence et probité» du CHU?
- Quel sera l'impact de mes actions ? Pourrai-je justifier ma décision ?
- Suis-je en mesure de prendre une décision impartiale allant dans le sens de l'intérêt du CHU et ne favorisant pas un intérêt personnel au détriment du CHU de Bordeaux ?
- Mon action ou ma décision protège-t-elle la réputation du CHU de Bordeaux ?

#### Les 7 situations à risque

Dans le cadre de ses activités, le CHU de Bordeaux a identifié 7 situations qui pourraient présenter des risques d'atteinte à la probité et face auxquelles chacun doit rester vigilant.

Il s'agit :

- Des conflits d'intérêts potentiels
- Des relations avec les fournisseurs
- Du cumul d'activités accessoires
- Des relations avec les industriels des produits de santé
- De l'activité associative des professionnels du CHU
- Du mécénat.
- Des cadeaux et invitations (dont repas d'affaires et voyages)



#### Rôle de l'encadrement

Chaque cadre doit veiller à la connaissance, à la bonne compréhension et à l'application de cette charte par les professionnels placés sous son autorité.

#### Dispositif d'alerte interne

Si un professionnel considère qu'une disposition légale ou réglementaire, ou que les présentes règles ne sont pas respectées ou sont sur le point de ne pas l'être, il doit en informer dans les meilleurs délais son supérieur hiérarchique ou activer le **dispositif du lanceur d'alerte** dans le respect des règles en vigueur.

Qui solliciter pour avis  
ou éclairage sur ces sujets ?

La DAJE<sup>3</sup> :

daje@chu-bordeaux.fr  
05 56 79 49 67

Le référent déontologue :

DAJE – CHU de Bordeaux  
12 rue Dubernat 33404 Talence cedex  
Ou par courrier électronique à :  
deontologue@chu-bordeaux.fr

<sup>3</sup>En fonction du sujet, et si besoin la DAJE vous réorientera vers la direction concernée ou la personne ressource.

# 01

## SITUATION 1 CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

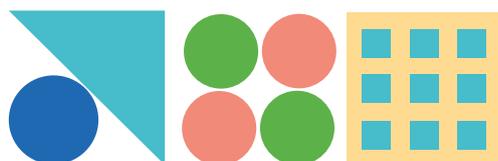
### De quoi parle-t-on ? Quelle différence entre liens d'intérêts et conflits d'intérêts ?

Chaque personne cumule un certain nombre de liens d'intérêts qui résultent de sa vie familiale, professionnelle, de ses engagements politiques, religieux, associatifs... Ces liens d'intérêts sont naturels, inévitables, parfois tout à fait bénéfiques et ne sont pas répréhensibles.

Toutefois, dans certaines circonstances, ces liens d'intérêts peuvent créer des interférences au sens de l'article L.121-5 du Code général de la fonction publique: « *constitue un conflit d'intérêts toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction* ». Aussi, les professionnels du CHU doivent-ils éviter toute situation dans laquelle leur pouvoir d'appréciation ou de décision est susceptible d'être influencé par lesdits liens d'intérêts (qu'ils soient directs ou indirects).

Il peut en être ainsi par exemple lorsqu'un professionnel :

- Accepte un cadeau / une invitation / un avantage autre que symbolique, ce qui pourrait donner le sentiment d'être redevable vis-à-vis de celui qui le lui a offert ;
- A des relations personnelles avec un autre professionnel du CHU (ou un candidat au recrutement) et participe à une évaluation, sélection ou à un quelconque contrôle le concernant ;
- Exerce une activité ou une mission hors du contexte professionnel, susceptible d'influencer ses décisions ou son jugement dans le cadre de ses responsabilités professionnelles au sein du CHU ;
- Participe à une procédure d'achat dans laquelle est candidate une société avec laquelle il a un lien, directement ou à travers l'un de ses proches.



### Ce que l'on attend de moi ?

Si je fais partie des professionnels qui y sont astreints de par leurs fonctions (Cf. « ZOOM : Une déclaration d'intérêts (DI) c'est quoi ? » ci-après) je déclare de manière exhaustive mes liens d'intérêts selon la procédure dédiée du CHU de Bordeaux. Dans tous les cas, il m'appartient d'analyser ma situation personnelle régulièrement, et de mettre en œuvre les actions suivantes dès lors qu'une situation d'interférence est possible (voir paragraphe précédent « De quoi parle-t-on ? ») :

- Informer mon ou mes responsables de tout lien d'intérêt pour qu'une analyse approfondie de la situation puisse être effectuée, car les dispositions à prendre dépendront du degré d'interférence en question. Il sera ainsi possible de prendre toutes les mesures nécessaires et adaptées afin de prévenir tout risque éthique et juridique.
- Respecter les règles définies dans la présente Charte.
- Saisir le déontologue du CHU de Bordeaux pour avis si j'ai un doute sur ma situation pouvant être perçue par un tiers comme me plaçant en situation de conflit d'intérêts.

### Et si...

Un membre de ma famille ou un de mes proches travaille au sein du même pôle que moi, et je participe de par mes fonctions à un processus de décision, susceptible de le concerner.

#### Qu'attend-on de moi ?

Vous devez en informer votre supérieur hiérarchique afin que tout soit mis en œuvre pour éviter une potentielle situation de conflit d'intérêts.

Un de mes proches dirige une entreprise susceptible de candidater à une consultation de type marché public organisée par le CHU.

#### Que dois-je faire ?

Est-il interdit de conclure un accord avec cette société? Cette situation empêche-t-elle à cette société de se porter candidate ? Non, mais vous devez déclarer l'existence de ce lien à votre hiérarchie et n'interférer en aucune manière dans le processus d'achat.

Un ancien professionnel du CHU avec qui j'ai travaillé par le passé, est devenu fournisseur (ou prestataire).

#### Est-il interdit de conclure un accord avec sa société ?

Non, mais vous devez déclarer l'existence de ce lien à votre hiérarchie et n'interférer en aucune manière dans le processus d'achat.

### Si je veux en savoir plus

Un formulaire permettant de déclarer tout lien d'intérêt est à disposition sur le Sharepoint dédié à la politique de lutte contre les atteintes à la probité.

# 01

## SITUATION 1 CONFLITS D'INTÉRÊTS POTENTIELS

### ➔ ZOOM

#### Une déclaration d'intérêts (DI) c'est quoi ?

Effectuer une déclaration d'intérêts consiste à révéler de façon exhaustive, transparente et sincère tous les liens d'intérêts susceptibles d'influencer des positions ou des décisions. Il s'agit d'un des outils de prévention parmi d'autres, destinés à lutter contre les atteintes à la probité.

Averti, informé, l'entourage ou l'environnement immédiat du professionnel en question, sera plus à même de développer un esprit critique, ce qui atténue le risque d'influence préjudiciable sur certaines prises de décisions. Cette déclaration d'intérêts n'exonère pas le professionnel concerné d'alerter sur sa situation et de prendre les dispositions qui s'imposent.

Au CHU de Bordeaux, il a été fait le choix d'élargir le périmètre défini par la loi des professionnels qui y sont astreints. Ainsi, après échange et validation par le Directoire dans sa séance du 2 mai 2019, les professionnels qui doivent s'y soumettre sont les suivants :

- **L'équipe de direction.**
- **Les membres des instances ou commissions suivantes** : bureau de la CME, Directoire, Comité de la Recherche en matière Biomédicale et de Santé Publique (CRBSP), Délégation Scientifique à la Recherche clinique et à l'Innovation (DSRI), Commission des marchés, COMEDIMS, Commission d'Analyse de la Performance (CAP), Commission d'agrément des prestataires de soins à domicile, Commission de la CME en charge des actions de formation continue médicale. En outre, tout professionnel appelé à participer ponctuellement aux travaux de ces instances ou commissions pourra être amené à établir une telle déclaration si cela est jugé opportun par le président de l'instance ou de la commission en question.

- **Tout professionnel responsable des filières achat, tous les professionnels qui contribuent au processus achats, et tous ceux qui ont un rôle influent sur les choix d'attributaires.** Cela concerne aussi bien le CHU que les professionnels du GHT.

Afin de faciliter la tâche des nombreux professionnels du CHU qui remplissent déjà une telle déclaration dans le cadre de leurs activités au sein de certaines agences sanitaires (HAS, ANSM, etc.), nous avons fait le choix d'adopter le même support de déclaration.

Certains professionnels étant membres de plusieurs instances, il a été mis en place, sur intranet, un site SharePoint dédié à la politique de lutte contre les atteintes à la probité, sur lequel vous pourrez déposer votre DI. Ces DI sont contrôlées dans les procédures achats et notamment systématiquement pour les procédures qui passent en Commission des Marchés et jurys de travaux. Le contenu de certaines DI peut conduire à ce qu'une personne ne puisse participer à la procédure, notamment les commissions techniques d'analyse des offres.

# 02 SITUATION 2

## LES CADEAUX, AVANTAGES ET INVITATIONS (DONT LES REPAS D’AFFAIRES ET LES VOYAGES)

### De quoi parle-t-on ?

Selon l’Agence Française Anti-corruption<sup>5</sup>, les **cadeaux et invitations** sont des biens ou des prestations offerts, sans recherche d’une contrepartie, dans le cadre d’une relation professionnelle et pouvant s’inscrire dans l’attachement d’une entité à des valeurs ou traditions ou dans une stratégie de promotion commerciale.

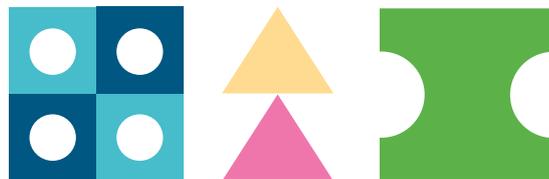
Les cadeaux et les invitations sont des actes ordinaires de la vie des affaires et une coutume de la vie publique notamment dans les relations publiques et inter institutionnelles. Ils ne constituent pas en soi des actes de corruption. Néanmoins, dans certaines circonstances, ils peuvent constituer un acte de corruption.

Afin de prévenir le risque de conflit d’intérêts le CHU a défini une politique énonçant des règles claires visant à renforcer la transparence et la traçabilité des cadeaux et invitations reçus ou offerts.

**Par cadeau est entendu tout avantage, de quelque nature que ce soit, reçu par un professionnel du CHU.**

Il peut s’agir :

- **D’une prestation en nature** susceptible d’être considérée comme une gratification telle que la remise d’un objet matériel (montre, stylo, livre) ou la prise en charge d’une dépense pour le compte du bénéficiaire (frais de voyage, frais de déplacement, notes de frais).
- **D’un avantage** qui apporte un profit matériel ou moral, en nature ou en espèce.
- **D’une invitation**, opération de relation publique ayant pour objet de faire partager au bénéficiaire un moment ou un évènement exclusivement ou partiellement professionnel agréable (repas, spectacle, évènement sportif, déplacement).



Accepter des cadeaux d’affaires peut être considéré comme un acte de courtoisie mais il convient toutefois de rester vigilant afin que cette pratique ne génère pas une situation de conflit d’intérêts ou qu’elle soit assimilée à une tentative ou un acte de corruption.

### Ce que l’on attend de moi ?

La conduite à tenir différera suivant l’entité qui propose et le type de bénéficiaire :

- **Dans le domaine de la santé**, des règles légales régissent les cadeaux, avantages, invitations qui peuvent être offerts par **les industries et prestataires de santé<sup>6</sup> à certains bénéficiaires<sup>7</sup>**.

→Le principe est celui de l’interdiction de recevoir **des avantages en espèces** ou en nature, sous quelque forme que ce soit, d’une façon directe ou indirecte.

→Ce dispositif comporte toutefois des aménagements :

- soit parce que des avantages sont exclus du dispositif (L. 1453-6 du code de la santé publique) essentiellement en raison de leur faible valeur. Ex : repas et collation de moins de 30 euros...

-soit parce que certains avantages bénéficient d’un régime dérogatoire dans des cas limitativement prévus par la loi (L. 1453-7 du CSP)<sup>8,9</sup>.

Ce principe éthique exprimé depuis longtemps dans les codes de déontologie, a pour objectif d’encadrer les liens de ces professionnels avec l’industrie de la santé. Les règles applicables à ces professionnels bénéficiaires du CHU sont détaillées dans la note juridique de la DAJE « dispositif anti-cadeaux et dispositif transparence ».

<sup>5</sup>« Agents publics : Les risques d’atteintes à la probité concernant les cadeaux et invitations ». Guide pratique Agence Française Anticorruption - Septembre 2022.

<sup>6</sup>Article L1453-5 du Code de la santé publique : le fait d’offrir ou de promettre des avantages en espèces ou en nature, sous quelque forme que ce soit, d’une façon directe ou indirecte, à des personnes mentionnées à l’article L. 1453-4 est interdit à toutes les personnes :

a. Assurant des prestations de santé

b. Ou produisant ou commercialisant des produits faisant l’objet d’une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ou des produits mentionnés au II de l’article L. 5311-1, à l’exception de

ceux mentionnés aux 14°, 15° et 17°. = modifié par loi du 24 juillet 2019

<sup>7</sup>Article L1453-4 du Code de la santé publique : ne peuvent recevoir des avantages de la part des donateurs déjà cités :

a. Les professionnels de santé réglementés par le code de la santé publique, les ostéopathes, les chiropracteurs et les psychothérapeutes.

b. Les étudiants se destinant à une de ces professions et les personnes en formation continue ou suivant une action de DPC dans ce domaine.

c. Les associations qui regroupent ces professionnels de santé et étudiants/personnes en formation initiale ou continue, « dont celles intervenant dans le champ de la formation de ces personnes, et notamment les

sociétés savantes et aux conseils nationaux professionnels.

d. Les fonctionnaires et agents des administrations de l’État, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ou de toute autre autorité administrative.

<sup>8</sup>En vertu de l’art L 1453-9 du CSP, ces dérogations ne sont pas applicables aux fonctionnaires et assimilés autres que les professionnels de santé.

<sup>9</sup>Il est interdit aux étudiants et aux associations d’étudiants des professionnels de santé<sup>9</sup> de bénéficier d’Offre d’hospitalité ou de convivialité l’hospitalité offerte par les industries et prestataires de santé à certains bénéficiaires<sup>9</sup>.

# 02 SITUATION 2

## LES CADEAUX, AVANTAGES ET INVITATIONS (DONT LES REPAS D’AFFAIRES ET LES VOYAGES)

Dans le cadre des relations des professionnels du CHU avec d’autres acteurs économiques que les industriels de la santé, il n’existe pas de règles comparables.

Toutefois, Il convient de veiller au respect des 3 principes majeurs suivants :

**L’interdiction d’accepter tout cadeau ou avantage dans les hypothèses suivantes :**

- Les dons en espèces ou équivalents proposés à un professionnel ;
- Les cadeaux ou invitations sous conditions ou « sollicités », envoyés ou reçus au domicile ;
- Les cadeaux ou invitations dans le cadre d’une procédure d’attribution de marché ou de contrat, ou dans une relation de mécénat ;
- les cadeaux et invitation offre de services ou autres avantages en nature (par exemple la promesse d’une embauche).

**Hormis ces circonstances, le 2<sup>e</sup> principe est celui de la prudence a priori et de l’analyse du contexte (ou de la situation) :**

Ainsi **les avantages en espèces ou en nature, ayant trait à l’exercice de la profession du bénéficiaire**, et d’une **valeur négligeable**, pourraient être acceptés dès lors qu’ils respectent les limites suivantes : (référence à l’*Arrêté du 7 août 2020* fixant les montants en deçà desquels les avantages en nature ou en espèces sont considérés comme d’une valeur négligeable en application du 4o de l’article L. 1453-6 du code de la santé publique → Règles anti-cadeaux entre industriels de la Santé et acteurs du domaine de la santé).

Avantages par bénéficiaires et pas « donateurs »	Valeur marchande TTC et fréquence maximales
Repas et collation à caractère impromptu	30 € dans la limite de deux par année civile
Livre, ouvrage ou revue	30 € par livre, ouvrage ou revue par année civile
Fournitures de bureaux (stylo, calendrier...)	30 € par livre, ouvrage ou revue par année civile

En cas de doute sur l’intention de l’offreur, et/ou si cet avantage est susceptible de porter atteinte à l’indépendance du bénéficiaire de quelconque façon, il est conseillé à celui-ci de refuser ou de s’acquitter lui-même du prix du bien ou de la prestation.

➔ **Faire preuve de transparence vis-à-vis de sa hiérarchie et solliciter son autorisation.**

**Et dans tous les cas...**

- Je refuse poliment mais fermement tout cadeau ou invitation qui ne correspond pas aux principes évoqués ci-dessus. En cas de doute, je sollicite ma hiérarchie.
- J’applique les mêmes règles pour les cadeaux et invitations que je pourrais offrir au nom du CHU, étant entendu que je ne peux le faire qu’avec l’accord de ma hiérarchie.
- Ma participation à une visite de fournisseur ne peut être envisagée que dans le cadre d’un ordre de mission signé par mon responsable hiérarchique. Je dois lui communiquer tous les éléments concernant cette invitation (objet, date, lieu, programme, participants, frais pris en charge...). Les professionnels se déplacent dans les conditions prévues par la direction des ressources humaines ou la direction des affaires médicales. Les frais de déplacement et d’hébergement seront à la charge exclusive du CHU de Bordeaux ou du professionnel.

# 02 SITUATION 2

## LES CADEAUX, AVANTAGES ET INVITATIONS (DONT LES REPAS D’AFFAIRES ET LES VOYAGES)

### Et si...

> Le CHU de Bordeaux souhaite acquérir un équipement biomédical de pointe ; le commercial d’une société candidate à un marché du CHU avec lequel j’ai de bonnes relations depuis de nombreuses années sait que je suis un inconditionnel de rugby. Il me propose de m’inviter à un tournoi en Irlande, à des conditions exceptionnelles, et au nom de nos excellentes relations.

### Puis-je lui répondre que c’est envisageable ?

Non. Votre interlocuteur vous met dans une situation assimilable à de la corruption passive pénalement condamnable. Déclinez poliment cette offre, et attirez l’attention de votre interlocuteur sur ce risque. Le CHU de Bordeaux s’est doté d’une Charte « transparence et probité » que vous êtes tenu de respecter. Invitez-le à prendre connaissance de celle-ci et informez votre supérieur de la situation que vous avez rencontrée.

> Un patient se montre très insistant pour que son intervention chirurgicale (non urgente) soit planifiée dans les meilleurs délais. Il me propose une place de concert (mais je comprends qu’il attend en retour un effort de ma part en ce qui concerne son intervention).

### Puis-je sans crainte répondre favorablement à cette invitation ?

Non, vous devez attirer l’attention de votre interlocuteur sur le fait que cette invitation pourrait être assimilée à de la corruption passive (risque pénal). Le CHU de Bordeaux s’est doté d’une Charte « transparence et probité » que vous êtes tenu de respecter. Invitez-le à prendre connaissance de celle-ci et informez votre supérieur de la situation que vous avez rencontrée.

>Après une réunion de travail avec un commercial d’un laboratoire.

### Le commercial d’un laboratoire peut-il m’emmener déjeuner à l’issue d’une réunion de travail ?

Assurez-vous que vous n’êtes pas dans un contexte de procédure de marché public dont la société représentée par ce commercial serait potentiellement candidate. Si ce n’est pas le cas, vérifiez que les tarifs du restaurant sont raisonnables.



### Si je veux en savoir plus

DAJE : Note juridique relative aux dispositifs anti-cadeaux et au dispositif transparence

# 03 SITUATION 3

## RELATION AVEC DES FOURNISSEURS



### De quoi parle-t-on ?

Le CHU est attaché à des relations de confiance, honnêtes, loyales et équitables à l'égard de ses partenaires commerciaux.

Nous agissons dans le respect des lois et de la réglementation, notamment en matière de droit de la concurrence, et de la commande publique.

Le CHU veille ainsi à ce que ses professionnels, impliqués dans des processus commerciaux aient un comportement loyal, fassent preuve d'équité et d'impartialité lors des négociations et traitent leurs interlocuteurs avec respect, courtoisie et rigueur professionnelle.

### Ce que l'on attend de moi ?

- Dans le cadre des relations avec les fournisseurs, je dois :
- Respecter les procédures fixées par le CHU concernant les démarches avec les fournisseurs auxquelles je suis amené à participer dans le cadre de mon activité ;
- Agir avec transparence et équité à chaque étape de la procédure ;
- Respecter la confidentialité des informations n'ayant pas vocation à être communiquées ;
- Déclarer à ma hiérarchie préalablement à toute négociation, sélection de fournisseurs/ prestataires ou interaction significative, les liens d'intérêts susceptibles de devenir des conflits d'intérêts ;
- Respecter scrupuleusement les règles édictées par le CHU en matière de cadeaux et invitations, pour ne pas me mettre en risque de conflit d'intérêts ou de corruption ;
- Communiquer la présente Charte à mes partenaires et les inciter à adopter des principes similaires.

### Et si...

>Et si un fournisseur me contacte car il souhaite en apprendre un peu plus sur le CHU et les projets en cours ou à venir ?

#### Puis-je le rencontrer ?

*Oui. Il est alors nécessaire d'établir un compte-rendu de la rencontre afin de garantir un niveau d'information égal à tous les fournisseurs, de consacrer le même temps à chacun, et de ne communiquer que certaines informations (projet, volumétrie, calendrier, montant estimatif).*

>J'ai été invité(e) à plusieurs reprises à intervenir à une conférence organisée par un fournisseur qui candidate aujourd'hui à une procédure de commande publique.

#### Puis-je faire partie de la commission technique qui étudiera les offres ?

*Non. L'analyse des offres d'une procédure de commande publique doit pouvoir garantir une totale impartialité, qui n'est plus assurée dès lors qu'un membre de la commission technique a des liens avérés avec un candidat. Il est alors nécessaire de se retirer.*

**Si je veux en savoir plus**

Charte achat du CHU de Bordeaux.

# 04

## SITUATION 4

# RELATIONS AVEC LES INDUSTRIES DES PRODUITS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA VISITE PROMOTIONNELLE

### De quoi parle-t-on ?

Le CHU de Bordeaux a décidé de définir les modalités d'organisation de toute action de promotion des produits de santé susceptibles de se dérouler dans ses locaux (Cf. charte de la visite promotionnelle - annexe n°5).

Élaborée conformément à la législation en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques en la matière, cette charte est la déclinaison de la politique du CHU concernant la gestion des visites promotionnelles, conçue conformément aux dispositions de l'article L.6143-7 du code de la santé publique.

On entend par action de promotion :

- Toute action d'information, de démarchage et de prospection auprès des professionnels de santé concernant les produits de santé, mentionnés à l'article L.5311-1 du code de la santé publique.
- Toute visite d'information, action de formation et invitation à participer à des réunions intra ou extrahospitalières.

### Principes

Cette charte s'applique à :

- L'ensemble des salariés ou prestataires de service des entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé qui doivent désormais porter un badge nominatif avec le logo du CHU.
- Tous les professionnels du CHU.

Elle prévoit que l'exercice de ces professionnels de la promotion des produits de santé, dans les locaux du centre hospitalier universitaire de Bordeaux, n'est autorisé qu'après un enregistrement de ces derniers selon certaines modalités, et leur engagement à respecter ladite Charte.

### Ce que l'on attend de moi ?

- Je dois respecter les dispositions contenues dans cette charte dont notamment :
  - > Les règles d'organisation des visites promotionnelles ;
  - > La réglementation en vigueur s'agissant du secret professionnel et du respect de la vie privée.
- Je dois refuser :
  - > La remise d'échantillons de produits de santé, qui doivent impérativement être enregistrés à la PUI du CHU ;
  - > La présence des professionnels salariés ou prestataires de service des entreprises commercialisant des produits de santé aux réunions médicales de service au sein du CHU (discussion de dossiers, bibliographie, exposés didactiques, cours, actualités scientifiques).
  - > Que ces professionnels entrent dans les chambres des patients et qu'ils assistent à des consultations.
- Je dois me conformer aux règles définissant les modalités d'organisation de manifestations scientifiques locales.



### Si je veux en savoir plus

Charte de la visite promotionnelle du CHU de Bordeaux.

# 05 SITUATION 5

## ACTIVITÉS ASSOCIATIVES

### De quoi parle-t-on ?

L'association régie par la loi de 1901 est un outil juridique très utile pour porter collectivement un projet, une action, pour concrétiser dans une œuvre collective et pérenne une volonté commune. Elle permet la mise en œuvre de multiples activités, des plus spécifiques aux plus générales. C'est ainsi que l'hôpital public est devenu progressivement le terrain d'une vie associative foisonnante et diversifiée.

### Principes

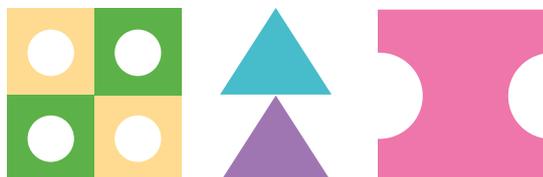
Cette vitalité associative constitue une richesse par la complémentarité des actions qu'elle autorise et par les échanges qu'elle favorise, contribuant ainsi à l'ouverture et au décloisonnement. Mais elle constitue également un risque du fait de la proximité, et parfois de la confusion, dans l'utilisation sur un même lieu de moyens publics et privés, soumis à des règles juridiques distinctes et parfois mal connues des différents protagonistes.

### Ce que l'on attend de moi ?

Les règles qui protègent et organisent la liberté associative sont souvent d'application difficile, notamment lorsqu'elles touchent aux domaines de la fiscalité ou de la gestion de personnel. Contrairement à certaines idées répandues, la structure associative ne se limite pas à la faculté de gérer un compte bancaire ou postal sans avoir à justifier des mouvements accomplis. Elle exige de la rigueur, la définition d'un mode de fonctionnement conforme et le respect en toutes circonstances des règles – exprimées par ses statuts – que s'est donnée l'association pour poursuivre ses buts.

**Si je veux en savoir plus**

Guide des associations au CHU.



# 06 SITUATION 6 CUMUL D'ACTIVITÉS

## De quoi parle-t-on ?

Comme la loi du 13 juillet 1983 le fixait auparavant<sup>11</sup>, le Code général de la fonction publique (CGFP) pose également **le principe de l'interdiction** faite aux agents publics, quel que soit le versant de la fonction publique dans lequel ils exercent (État, Hospitalière, Territoriale) de cumuler leurs fonctions avec une autre activité.

## Principes

• **L'obligation de non-cumul d'activités** signifie que tout agent public, sans distinction (quel que soit son statut: fonctionnaire ou contractuel, ou sa catégorie : A, B ou C) doit consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées par l'administration qui l'emploie. Il ne doit exercer, en principe, aucune autre activité (article L121-3 du CGFP).

Ainsi, il lui est interdit d'exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit (Article L123-1 du CGFP) et notamment :

> **1°** De créer ou de reprendre une entreprise immatriculée au registre du commerce et des sociétés ou au registre national des entreprises en tant qu'entreprise du secteur des métiers de l'artisanat ;

> **2°** De participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;

> **3°** De donner des consultations, de procéder à des expertises ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;

> **4°** De prendre ou de détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance ;

> **5°** De cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.

• **Il existe toutefois des dérogations** à ce principe: Les articles L. 123-2 à L. 123-8 du code général de la fonction publique prévoient que les agents peuvent cumuler leur activité dans la fonction publique avec une autre activité professionnelle, à certaines conditions.

Cet encadrement juridique du cumul a pour objet de vérifier que les activités exercées respecteront bien les obligations déontologiques applicables aux agents publics.

En effet :

> Les activités en cause ne doivent pas placer l'agent dans une situation de conflits d'intérêts au sens de l'article L 121-5 du code général de la fonction publique, voire de prise illégale d'intérêts au sens de l'article 432-12 du code pénal.

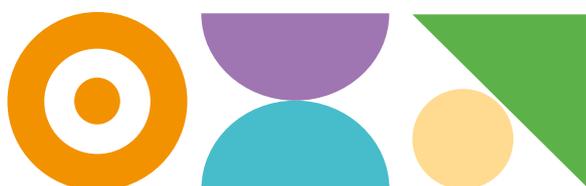
> Ces activités doivent aussi être compatibles avec les autres obligations déontologiques énoncées par le code général de la fonction publique : devoirs de dignité, d'impartialité, d'intégrité et de probité, en particulier.

• **Exception faite de ces quelques dérogations**, le principe d'interdiction stricte du cumul d'activités demeure, de sorte qu'un fonctionnaire ou un agent contractuel qui ne respecterait pas cette interdiction s'expose à des sanctions (Article L123-9 du CGFP) et notamment :

> À l'engagement d'une procédure disciplinaire à son encontre, fondée sur la commission d'une faute déontologique ;

> À une sanction financière, matérialisée par le reversement des sommes perçues au titre des activités interdites ;

> À une sanction pénale, dès lors que l'activité irrégulièrement exercée est à l'origine d'une prise illégale d'intérêts.



<sup>11</sup> L'interdiction du cumul d'activités est issue du décret-loi du 29 octobre 1936, adopté sous le gouvernement du Front Populaire.

# 06 SITUATION 6 CUMUL D'ACTIVITÉS

## Ce que l'on attend de moi ?

### En cas de projet d'effectuer une activité complémentaire

Je dois me demander :

- Suis-je concerné(e) par l'obligation de non-cumul d'activités ? Dans quel cadre suis-je tenu(e) de respecter l'obligation de non-cumul d'activités ?
- Je suis aide-soignante dans un CH du GHT à hauteur de 0,8 ETP. Je souhaiterais développer une activité de « nurse à domicile ». Cette activité est-elle envisageable ? Fait-elle partie des activités accessoires autorisées ? Quelles démarches accomplir ?
- Je suis praticien hospitalier, à temps complet, je souhaiterais avoir une activité extérieure au CHU, en ma qualité d'expert (téléconsultation). Cette activité est-elle envisageable ? Fait-elle partie des activités accessoires autorisées ? Est-elle compatible avec mes missions hospitalières et le fonctionnement de mon service ? Quelles démarches accomplir ?

### Si je bénéficie d'une autorisation de cumul d'activité,

- Je reste vigilant concernant une éventuelle situation de conflit d'intérêts<sup>12</sup>, à un moment donné, sur un sujet donné. Dès lors, et tel que rappelé par l'article L. 121-4 du CGFP, il m'appartient de « veiller à prévenir ou à faire cesser immédiatement les situations de conflit d'intérêts telles que définies à l'article L. 121-5 du même code dans lesquelles je me trouve ou je pourrais vous trouver ».
- Je suis PU-PH, expert dans ma discipline, j'ai déclaré auprès de la direction générale du CHU et de l'université une activité accessoire de consultant auprès d'un laboratoire. En ma qualité d'expert, je souhaiterais participer à un processus de marché public dans le cadre duquel ce laboratoire sera candidat. Cela est-il possible ?

Pour vérifier, en fonction de mon statut, je m'adresse à la DRH ou à la DAM.

En cas de doute, je peux également saisir le déontologue du CHU, pour avis, via l'e-mail suivant :

[deontologue@chu-bordeaux.fr](mailto:deontologue@chu-bordeaux.fr).

## Si je veux en savoir plus

Si vous appartenez au personnel médical → contactez la Direction des affaires médicales (DAM)

Si vous appartenez au personnel non médical → contactez la Direction des ressources humaines (DRH)

<sup>12</sup>L'article L. 121-5 du code général de la fonction publique définit le conflit d'intérêts comme « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction ».

# 07 SITUATION 7 MÉCÉNAT

## De quoi parle-t-on ?

Le mécénat est un **soutien matériel ou financier** apporté à une personne morale pour l'exercice d'activités présentant un **intérêt général, sans contrepartie** directe ou indirecte de la part du bénéficiaire (Cf. Loi n° 2003-709 du 1 août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations).

Le mécénat suppose donc de la part du donateur une intention libérale réelle, c'est à dire une intention de donner, sans attendre en retour de contrepartie équivalente.

## Principes

Pour permettre au bénéficiaire de remercier les donateurs et pour légitimer le mécénat au regard de l'intérêt social de l'entreprise, l'administration fiscale a admis l'existence de contrepartie tout en encadrant étroitement cette pratique par un **principe de disproportion** marqué entre les sommes données et la valorisation de la prestation rendue.

Les contreparties constituent un avantage offert au donateur en plus de la réduction d'impôts (60% du montant du don, dans la limite de 20 000 € ou de 0,5 % de son chiffre d'affaires hors taxes si ce montant est plus élevé.).

L'administration fiscale n'a jamais expressément fixé un niveau maximum de remerciements, mais considère que « le bénéfice du dispositif en faveur du mécénat ne sera remis en cause que s'il n'existe pas une disproportion marquée entre les sommes données et la valorisation de la 'prestation' rendue » (instruction fiscale du 26 avril 2000 - BOI 4 C-2-00). La pratique admet aujourd'hui que le bénéficiaire du mécénat peut proposer à une entreprise mécène des **remerciements dans la limite de 25 % du montant du don**.

Dans le cadre du mécénat, les bénéficiaires de don doivent établir une grille des contreparties, véritable outil permettant d'indiquer à chaque potentiel mécène, les remerciements qui lui seront accordés en fonction du montant de son don. Par ailleurs, ces contreparties ne peuvent pas avoir un impact direct sur les activités marchandes du mécène.

## Au CHU de Bordeaux...

Il s'agit de développer des moyens financiers complémentaires en associant des mécènes à des projets qui contribuent notamment à améliorer les soins et favoriser une meilleure qualité de vie aux patients, mener des programmes de recherche innovants, acquérir des équipements de pointe, rénover les services, optimiser la qualité de vie au travail des professionnels, et faire entrer la culture au sein de l'établissement.

La politique de mécénat impulsée par le CHU de Bordeaux s'inscrit dans un cadre éthique, défini par une charte éthique du Mécénat présentée systématiquement à nos potentiels mécènes et qui rappelle les principes exposés plus haut.

Chaque opération de mécénat est un engagement libre entre le Donateur et le CHU de Bordeaux, autour d'une vision partagée et dans un respect mutuel, encadré par une convention -type « Mécénat » établie conformément aux recommandations du ministère de l'économie et des finances.

### Si je veux en savoir plus

Charte éthique du Mécénat du CHU de Bordeaux.

Contrat-type « Mécénat » du CHU de Bordeaux.



### Exemple de projet de mécénat à l'hôpital public :

Le CHU de Nîmes a créé un fonds de dotation, une initiative nouvelle dans le monde hospitalier, qui lui a permis de financer des actions culturelles à l'hôpital et d'acquérir un robot pour des thérapies innovantes.

# 08 LA CORRUPTION LES RISQUE ENCOURUS



Une tolérance zéro est appliquée au CHU de Bordeaux envers toute forme de corruption qu'elle soit active ou passive.

Toute action effectuée en violation des lois et règlements applicables en matière de lutte contre la corruption est par ailleurs susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires et pénales pour le professionnel concerné et des sanctions pénales pour le CHU.



A titre individuel, les sanctions peuvent aller jusqu'à 10 ans d'emprisonnement, 1 million d'euros d'amende, la privation des droits civiques (donc perte de la qualité de fonctionnaire) et l'interdiction d'exercer l'activité en cause pendant 5 ans ou plus.

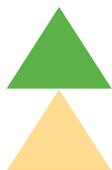
Pour la personne morale les sanctions pourront être une amende dont le montant peut s'élever jusqu'à 10 fois le montant des avantages tirés de l'infraction, des exclusions de marché ou l'interdiction pour le CHU de lever des fonds (emprunt...) et enfin un impact important sur sa réputation.

# 09 ANNEXES ANNEXE 1: Termes clés/N'oubliez pas



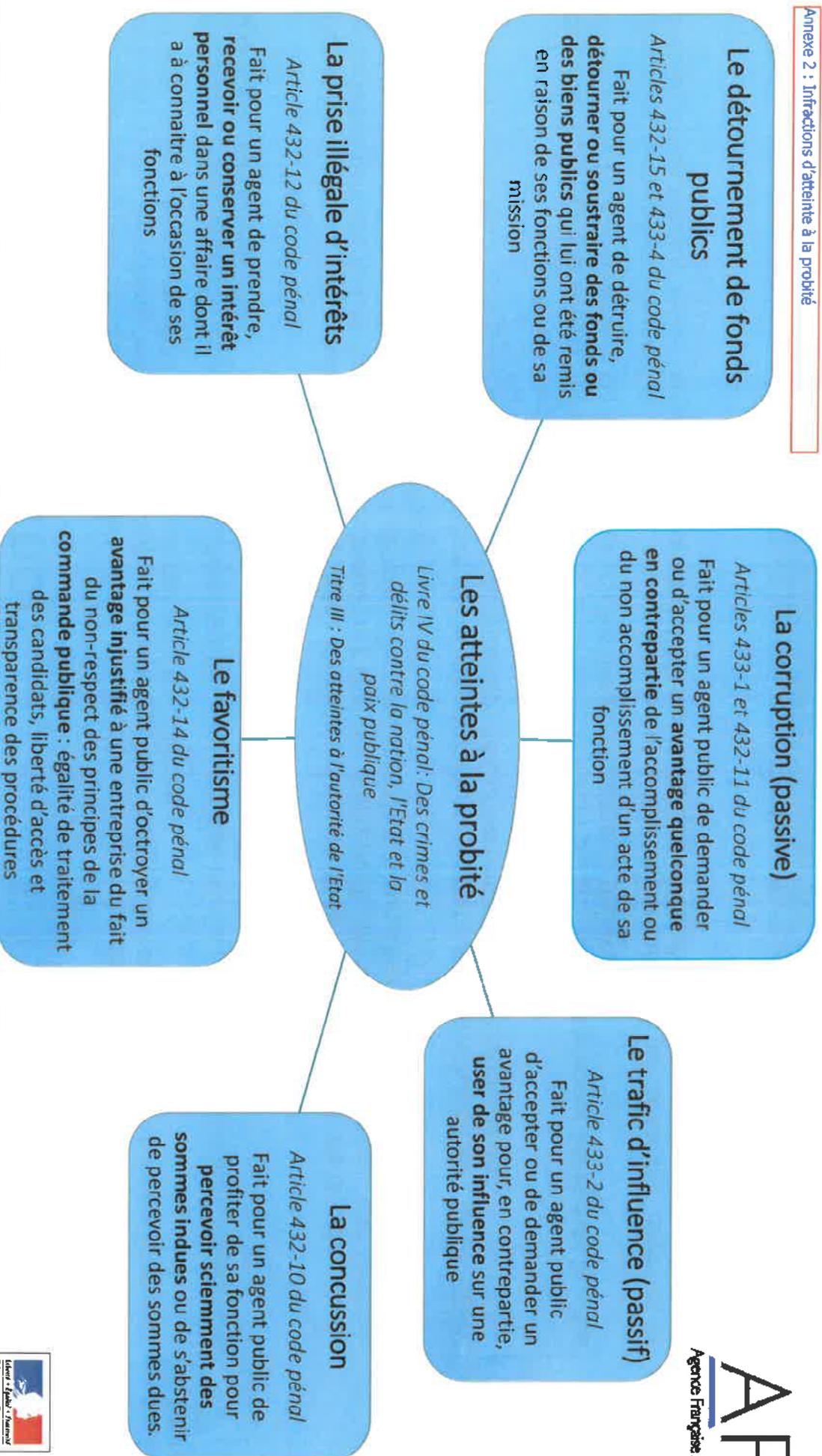
## Un fonctionnaire

Dans le langage courant, ce mot désigne l'ensemble du personnel de l'administration, quelle que soit la fonction publique. Mais au sens strict, les fonctionnaires n'en représentent qu'une partie, l'administration employant des agents publics par la voie contractuelle (auxiliaires, agents contractuels, vacataires).



## Les informations confidentielles

Elles sont soumises au secret professionnel et ne doivent pas être partagées avec qui ce soit de l'extérieur du CHU sans les mesures de protection nécessaires. Cela inclut les consultants, les distributeurs, les travailleurs temporaires, les fournisseurs et les autres partenaires. En cas de doute, nous vous invitons à vous rapprocher du délégué de la protection des données (DPO) : [mesdonneespersonnelles@chu-bordeaux.fr](mailto:mesdonneespersonnelles@chu-bordeaux.fr)





Centre Hospitalier Universitaire  
de Bordeaux

Annexe au Règlement Intérieur

**RÈGLES INTERNES 2019 RELATIVES AUX ASTREINTES MÉDICALES  
DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS  
DU CHU DE BORDEAUX**

PREAMBULE.....	3
DEFINITIONS.....	3
ARTICLE 1 – LA MISSION STRUCTURANTE DE LA COPS.....	4
ARTICLE 2 – DÉBUT, FIN ET DURÉE DE CHAQUE SÉQUENCE D'ASTREINTE.....	4
ARTICLE 3 – DÉCOMPTE DU TEMPS DE MOBILISATION EN ASTREINTE.....	5
ARTICLE 4 – INDEMNISATION DES ASTREINTES.....	6
ARTICLE 5 – ASTREINTES ET REPOS DE SÉCURITÉ.....	6
ARTICLE 6 – ASTREINTES ET TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL POUR LES SENIORS.....	8
ARTICLE 7 – ASTREINTES ET ORGANISATION DU TRAVAIL AU CHU DE BORDEAUX.....	8
ARTICLE 8 – SUIVI ET ÉVALUATION DES PRÉSENTES RÈGLES INTERNES.....	8
ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES PRÉSENTES RÈGLES INTERNES.....	9

Le Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, président du Directoire,

VU la directive 93/104/CE du Conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, modifiée par la directive 2000/34/CE du Conseil du 22 juin 2000, ainsi que la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ;

VU le Code de la santé publique, et notamment ses articles R.6152-26 à R.6152-28 pour les praticiens hospitaliers temps plein, R.6152-221 à R.6152-224 pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel, R.6152-407 et R.6152-408 pour les praticiens contractuels, R.6152-504 et R.6152-505 pour les assistants des hôpitaux ainsi que R.6152-605 à R.6152-607 pour les praticiens attachés ;

VU le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

VU le décret n°90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherches dentaires dans les centres hospitaliers et universitaires ;

VU le décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes ;

VU l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

VU l'arrêté du 6 août 2015 relatifs aux astreintes des internes ;

VU l'instruction ministérielle n°DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 susvisé, et notamment son paragraphe II.3 qui stipule qu' *« afin d'adapter la déclinaison opérationnelle des dispositions relatives aux astreintes, il est recommandé d'élaborer, dans chaque établissement, en concertation avec les praticiens, un règlement intérieur définissant les modalités de mise en œuvre et de suivi du nouveau dispositif, en fonction de la nature des organisations médicales, des activités et des spécificités propres aux différentes spécialités. Ce règlement intérieur de fonctionnement des astreintes est proposé par la COPS, intégré dans le règlement intérieur de l'établissement arrêté par le directeur après avis de la CME et concertation du directoire »* ;

VU la circulaire interministérielle n° DGOS/RH4/DGESIP/A1-4/2015/322 du 29 octobre 2015 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n°2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application

VU le règlement intérieur du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux ;

CONSIDÉRANT les propositions formulées par la Commission de l'organisation de la permanence des soins les 8 septembre 2014, 17 novembre 2014, 5 avril 2016, 5 décembre 2016, 30 novembre 2017 et 3 décembre 2018 ;

CONSIDÉRANT les avis formulés par la Commission médicale d'établissement les 12 avril 2016, 13 décembre 2016, 5 décembre 2017 et 18 décembre 2018 ;

CONSIDÉRANT la concertation en Directoire intervenue les 21 avril 2016 et 28 novembre 2017 ;

Décide :

## **PREAMBULE**

Les présentes règles internes visent à organiser un volet de la permanence des soins assurée par les seniors et les internes au CHU de Bordeaux : celui des astreintes. L'autre volet correspond aux gardes prises sur place.

Ces règles s'appliquent à l'ensemble des personnels médicaux seniors et aux internes qui participent aux astreintes.

Elles visent à concilier à la fois :

- les exigences de continuité dans la prise en charge des patients faisant confiance au CHU de Bordeaux ; en assurant la sécurité des patients hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes (lorsque l'astreinte est prise par un senior) en dehors du service quotidien de jour ;
- la protection de la sécurité et de la santé des personnels médicaux seniors et des internes qui participent aux astreintes de l'institution ;
- le principe d'équité entre tous les participants à ces astreintes.

## **DEFINITIONS**

1 La continuité des soins et la permanence pharmaceutique constituent conjointement la « permanence des soins » au CHU de Bordeaux.

2 L'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques comprend :

- un « service quotidien de jour » pour les matinées du lundi au samedi inclus et pour les après-midi du lundi au vendredi inclus ;
- un « service relatif à la permanence des soins » pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. Ce « service relatif à la permanence des soins » peut prendre la forme soit d'une garde sur place au CHU soit d'une astreinte prise à domicile ou dans tout autre lieu au choix du praticien ou de l'interne, à condition qu'il soit constamment joignable par téléphone et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

3 L'astreinte d'un praticien senior peut prendre la forme :

- soit d'une astreinte opérationnelle dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels ;
- soit d'une astreinte de sécurité dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

4 Le service d'astreinte des internes correspond à un mode d'organisation de la permanence des soins associé à des activités déclenchant des déplacements très occasionnels. Ce service d'astreinte est formateur. Comme en service normal de jour, l'interne en service d'astreinte doit pouvoir faire appel à un praticien senior à tout moment.

5 Une séquence d'astreinte est de nature à générer des appels téléphoniques (susceptibles d'induire une décision de nature médicale de la part du praticien ou de l'interne qui assure cette astreinte) ou d'entraîner un ou plusieurs déplacements vers le CHU ou, dans des cas particuliers, vers tout autre lieu qui nécessite la mobilisation physique du praticien ou de l'interne ayant pris l'astreinte.

6 Le temps de mobilisation en astreinte comprend toujours un temps d'intervention (sur place) ainsi qu'un temps de déplacement, aller et retour.

## **ARTICLE 1 – LA MISSION STRUCTURANTE DE LA COPS**

1 La Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) est mise en place par la Commission médicale d'établissement (CME). Les membres de la COPS sont renouvelés dans la foulée de l'installation (en principe quadriennale) de chaque nouvelle CME.

2 Le directeur général, avec la COPS, prépare l'organisation de la permanence des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, et donc des astreintes, après consultation des responsables des structures médicales du CHU de Bordeaux. Cette organisation est arrêtée au moins annuellement par le directeur général, après avis de la Commission médicale d'établissement. Elle doit tenir compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement.

3 A cet égard, la COPS :

- définit avec le directeur général, au moins annuellement, l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins, et donc des astreintes, par secteur d'activité, dans la limite des budgets alloués ;
- donne son avis sur les conventions de coopération permettant de mettre en place le cas échéant une astreinte senior mutualisée entre plusieurs établissements de santé ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins, bilan qu'elle transmet au directeur général et au président de la CME.

## **ARTICLE 2 – DÉBUT, FIN ET DURÉE DE CHAQUE SÉQUENCE D'ASTREINTE**

1 Chaque nuit, la séquence d'astreinte débute le soir à 18H30 pour se terminer à 8H30 le lendemain matin, soit une durée totale de 14 heures.

2 Les journées des dimanches et jours fériés, chaque séquence d'astreinte débute à 8H30 pour se terminer à 18H30, soit une durée totale de 10H.

3 Le samedi après-midi, chaque séquence d'astreinte débute à 13H00 pour se terminer à 18H30, soit une durée totale de 5H30. Pour les internes, le temps de travail du samedi après-midi est décompté trimestriellement dans le temps de travail.

4 Une telle homogénéité institutionnelle, permise par cette concordance des temps, garantit la participation à une astreinte, avec l'accord des responsables des deux équipes médicales concernées, de praticiens ou des internes qui n'appartiennent pas nécessairement à l'équipe princeps d'une spécialité. Par ailleurs, elle évite des désordres organisationnels pouvant s'avérer très perturbants au quotidien.

### **ARTICLE 3 – DÉCOMPTE DU TEMPS DE MOBILISATION EN ASTREINTE**

1 Le décompte du temps de mobilisation en astreinte est nécessaire de façon à vérifier le non dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de 48 heures et à intervenir si la santé et la sécurité de praticiens ou d'internes sont affectées. Ce temps de mobilisation comprend à la fois le temps d'intervention et le temps de déplacement. Il est considéré comme du temps de travail effectif qui doit être décompté.

2 Le CHU de Bordeaux privilégie un dispositif d'enregistrement électronique en temps réel des temps de mobilisation en astreinte, afin de faire perdre le moins de temps possible à ses praticiens. L'informatisation des tableaux de service en cours de déploiement dans chaque pôle intégrera cet aspect.

3 A titre exceptionnel, un droit à l'oubli est reconnu à chaque praticien et à chaque interne, une fois par mois au maximum. Cela permet au praticien ou à l'interne concerné de signaler en temps différé, dans un délai maximal de 7 jours, tout oubli de signalement d'un temps d'intervention en astreinte.

4 Pour les seniors, le temps d'intervention, réalisé sur place, est décompté à l'heure. Les fractions d'heures sont négligées ou comptées pour une heure selon qu'elles sont supérieures ou inférieures à la demi-heure.

5 Pour les internes, le temps d'intervention sur place est décompté en heures, à hauteur du temps réellement effectué.

6 Le temps de trajet est décompté forfaitairement à hauteur d'une heure aller-retour. Il est plafonné à deux heures par séquence d'astreinte, sauf le samedi après-midi pour les seniors où il est plafonné à une heure.

7 Pour les seniors, sur l'ensemble d'un quadrimestre, le temps total de mobilisation généré par la participation à une astreinte est décompté dans le temps de travail. Etant précisé que le décompte global est le cas échéant à pondérer par le temps garanti de repos, lequel est susceptible d'être défalqué s'il doit déborder sur le service quotidien de jour.

8 Pour les juniors, la règle mentionnée au paragraphe précédent donne lieu à des calculs rapportés à un rythme trimestriel, dès la mise en place opérationnelle du logiciel de gestion des temps médicaux au 2 novembre 2016

## **ARTICLE 4 – INDEMNISATION DES ASTREINTES**

1 Pour les seniors, toutes les astreintes du CHU de Bordeaux sont forfaitisées, qu'il s'agisse des astreintes opérationnelles ou des astreintes de sécurité. Cette forfaitisation n'exonère pas l'établissement de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement passé, indépendamment du forfait fixé.

Compte tenu de cette mise en œuvre institutionnelle homogène, les contrats ciblés prévus à l'article 14 paragraphe IV alinéa 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié deviennent sans objet. Les présentes règles internes se substituent donc à des contrats par structure interne.

Il appartient au directeur général et à la COPS de réaliser une évaluation, au moins annuelle, de ce dispositif et d'en transmettre les conclusions au Conseil de surveillance et au directeur général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine. Comme il appartient à la COPS, au fil de l'eau, de préparer avec le directeur général des adaptations éventuelles de ce dispositif, dans le respect du budget alloué à l'établissement, avant de soumettre ces adaptations à l'avis de la CME.

2 Pour les internes des spécialités chirurgicales, les astreintes sont décomptées et indemnisées à l'heure jusqu'au 21 février 2016. Depuis le 22 février 2016, les astreintes sont forfaitisées sur la base de 101,21 € brut par séquence d'astreinte, soit 101,21 € brut pour chaque nuit d'astreinte et 101,21 € brut pour chaque journée d'un dimanche ou d'un jour férié. Cette forfaitisation exonère l'établissement de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement passé, indépendamment du forfait fixé.

3 Pour les internes des spécialités autres que les spécialités chirurgicales, chaque interne perçoit, pour chaque période d'astreinte, déplacée ou non, une indemnité forfaitaire de base de 20,24 € brut. A laquelle se rajoute une indemnisation des temps de mobilisation (temps d'intervention et temps de déplacement) à hauteur de 60,22 € par « paquet » de cinq heures cumulées. Les déplacements impliquant une durée supérieure à trois heures d'intervention sur place font l'objet d'un décompte du temps à hauteur d'une demi-journée et du versement d'une demi-indemnité de sujétion d'un montant de 60,22 € brut. Le décompte du temps d'intervention sur place et du temps de trajet réalisés pendant une séquence d'astreinte ne peut dépasser l'équivalent de la comptabilisation de deux demi-journées et le versement d'une indemnité de sujétion d'un montant de 120,45 € brut.

## **ARTICLE 5 – ASTREINTES ET REPOS DE SÉCURITÉ**

1 Le repos quotidien (dénommé repos de sécurité pour les personnels enseignants et hospitaliers ainsi que pour les internes) est garanti à tout praticien ou interne à la fin du dernier déplacement. Le CHU de Bordeaux respecte cette exigence réglementaire.

2 Cependant, l'institution n'entend pas mettre en danger la qualité et la pérennité de la prise en charge des patients qui font confiance au CHU de Bordeaux. Dans ces conditions, les alinéas suivants déterminent, par convention interne, la marche à suivre quant à la mise en œuvre du repos quotidien.

3 Un praticien ou un interne en astreinte, qui n'est pas appelé à se déplacer au cours de sa séquence d'astreinte, ne bénéficie pas du repos quotidien. A ce propos, la sujétion téléphonique sans déplacement n'ouvre pas droit à la prise d'un repos quotidien, quelle que soit l'heure de l'appel téléphonique.

4 Un praticien ou un interne en astreinte, qui doit se déplacer au cours de sa séquence d'astreinte et dont l'ultime déplacement le conduit à quitter le CHU ou son lieu d'intervention à minuit au plus tard, ne bénéficie pas de repos quotidien le lendemain.

5 Un praticien ou un interne en astreinte, qui doit se déplacer au cours de sa séquence d'astreinte et dont l'ultime déplacement le conduit à quitter le CHU ou son lieu d'intervention après minuit, est positionné en repos quotidien le matin qui suit et ne peut donc reprendre ses activités que l'après-midi qui suit, à 14H00. Ce dispositif ne concerne pas les venues du petit matin à partir de 6H30.

6 Lors d'une astreinte de week-end (d'une durée éventuellement allongée si un jour férié y est accolé), le praticien ou l'interne est susceptible, selon la nature de l'activité, de ne pas pouvoir bénéficier du repos tel que précédemment décrit. Par conséquent, dans ce cas, il est instauré au CHU de Bordeaux une journée de repos au lendemain d'un week-end d'astreinte, seulement lorsque ce praticien aura été appelé à se déplacer après minuit au cours de son week-end d'astreinte.

7 Un praticien ne peut assurer une participation à la permanence des soins sous forme d'astreinte si cette participation est supérieure à trois nuits par semaine ou deux dimanches ou jours fériés par mois. Mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service quotidien de jour.

8 Pour les internes, une ligne d'astreinte ne peut être organisée que lorsque 4 internes au moins sont disponibles pour y participer.

9 Garantis aux intéressés, deux types de repos sont distingués :

- le repos quotidien pour les praticiens exclusivement hospitaliers et le repos de sécurité pour les internes, qui impliquent l'interruption de toute activité (hospitalière, ambulatoire, universitaire, en stage et hors stage pour les internes) ;
- le repos de sécurité pour les personnels enseignants et hospitaliers, qui implique l'interruption de toute activité clinique en contact avec le patient mais ne fait pas obstacle à la réalisation d'activités de nature administrative ou liées à la recherche ou l'enseignement.

10 Les règles mentionnées aux alinéas précédents s'appliquent en cas de déplacement motivé par un appel exceptionnel, donc hors mention sur le tableau des astreintes.

## **ARTICLE 6 – ASTREINTES ET TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL POUR LES SENIORS**

1 Le décompte final du temps de travail effectué par un praticien n'intervient qu'à l'issue de chaque période de référence quadrimestrielle, après que la réalisation de la totalité des obligations de service hebdomadaires effectuées a été constatée au vu du tableau de service.

2 Lorsqu'il s'avère que, dans la réalisation de ses obligations de service, le praticien a été conduit à dépasser le seuil maximal de quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne lissée sur le quadrimestre, le temps de travail effectué au-delà est décompté en heures de temps de travail additionnel. Celles-ci sont cumulées par plages de cinq heures et sont ainsi converties en demi-périodes de temps de travail additionnel. Etant entendu que la reconnaissance institutionnelle du temps de travail additionnel doit passer par la signature préalable :

- d'un contrat collectif de temps de travail additionnel, inscrit dans le contrat de pôle ;
- d'un contrat individuel signé par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur général du CHU. Ce contrat repose toujours sur le volontariat du praticien, lequel est préservé de tout préjudice du fait d'un refus éventuel de réaliser des périodes de temps de travail additionnel au-delà de ses obligations de service.

3 L'astreinte donne lieu au versement mensuel d'un forfait fixé par l'institution et arrêté par le directeur général, sur proposition de la COPS et après avis de la CME. Elle ne peut faire l'objet d'aucune autre forme d'indemnisation, hormis l'indemnisation forfaitaire.

## **ARTICLE 7 – ASTREINTES ET ORGANISATION DU TRAVAIL AU CHU DE BORDEAUX**

1 La mise en œuvre au CHU de Bordeaux des dispositions prévues aux articles 1 à 6 doit nécessairement conduire à s'interroger sur la pertinence de tous les aspects du dispositif institutionnel relatif à la permanence et à la continuité des soins, en visant à son optimisation, dans un environnement budgétaire particulièrement contraint.

2 Elle doit induire une réflexion en profondeur sur les organisations de travail médicales et non médicales dans l'établissement et leur articulation.

3 Enfin, elle oriente le CHU de Bordeaux vers une informatisation généralisée de la gestion des temps médicaux dans l'institution.

## **ARTICLE 8 – SUIVI ET ÉVALUATION DES PRÉSENTES RÈGLES INTERNES**

1 L'ensemble de ce dispositif fait l'objet d'une évaluation conduite annuellement par le directeur général et la COPS. Ce bilan est restitué ensuite en CME puis porté à la connaissance du service de santé au travail.

2 Les présentes règles internes peuvent faire l'objet d'adaptations et donc de modifications qui doivent être conduites selon la même procédure qui a prévalu pour leur élaboration.

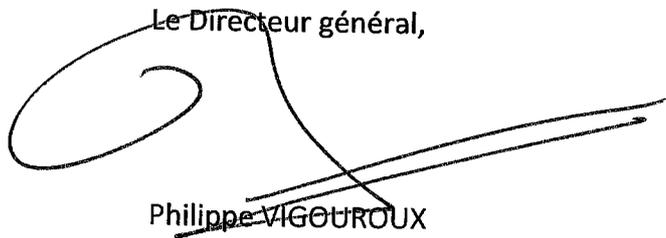
3 Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peut être saisi en cas de situations non conformes à la protection des praticiens. Le directeur général doit alors prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la santé et la sécurité des praticiens.

#### **ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES PRÉSENTES RÈGLES INTERNES**

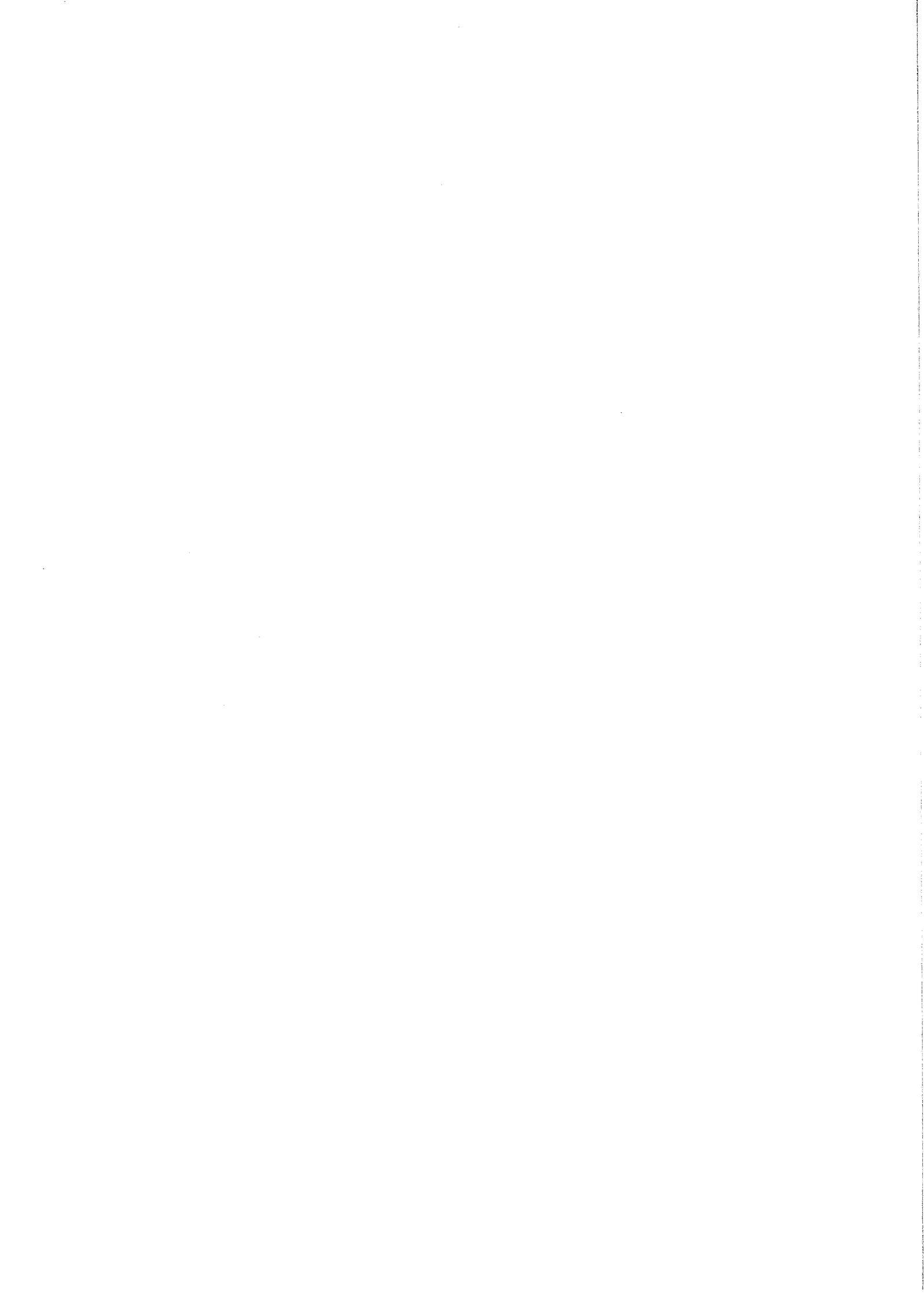
Les présentes règles entrent en vigueur au CHU de Bordeaux pour l'année 2019.

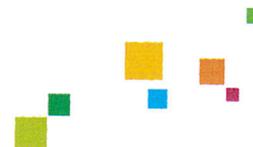
Fait à Bordeaux, le 31 décembre 2018

Le Directeur général,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'P' followed by a long horizontal stroke that extends to the right and slightly upwards.

Philippe VIGOUROUX





## DELEGATION SCIENTIFIQUE A LA RECHERCHE CLINIQUE ET A L'INNOVATION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

### REGLEMENT INTERIEUR

**Vu** le Code de la santé publique, et notamment l'article L.6146-1 qui stipule que « *pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne* »,

**Vu** la circulaire DHOS/OPRC/2005/252 du 26 mai 2005 relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des personnels de recherche clinique,

**Vu** la circulaire DHOS/OPRC/2006/521 du 6 décembre 2006 relative aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation dans les CHU,

**Vu** la circulaire DGOS/PF4/2011/329 du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et de l'innovation et au renforcement des structures de recherche clinique,

**Considérant** la délibération du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux relative au projet d'établissement 2011-2015 du CHU de Bordeaux, prise le 8 avril 2011 et rendue exécutoire le 4 mai 2011 par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine le 4 mai 2011,

**Considérant** que le volet relatif à la recherche clinique et à l'innovation constitue un des axes stratégiques de ce projet d'établissement,

**Considérant** les enseignements liés à la mise en œuvre du précédent règlement intérieur couvrant la période 2012-2016

**Considérant** l'avis formulé par la Commission médicale d'établissement dans sa séance du 10 février 2015 et la position exprimée par le Directoire dans sa séance du 12 février 2015

**Considérant** les propositions formulées par la Commission médicale d'établissement dans sa séance du 8 mars 2016 concernant les modifications de la composition du Conseil scientifique et du Bureau de la DSRI

Il est convenu ce qui suit.

# TITRE 1

## DENOMINATION ET MISSIONS.

### DE LA DELEGATION A LA RECHERCHE CLINIQUE ET A L'INNOVATION

#### **Article 1-1 : Dénomination**

Il est créé au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux une Délégation scientifique à la recherche clinique et à l'innovation (DSRI).

Celle-ci est placée sous l'autorité du Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire, et coordonnée par le directeur chargé de la recherche clinique et de l'innovation ainsi que par un coordonnateur médical, responsable scientifique désigné par le président de la Commission médicale d'établissement, après avis de la Commission médicale d'établissement.

Elle reprend les attributions antérieurement dévolues à la Délégation régionale à la recherche clinique et à l'innovation (DRRCI), en les élargissant au pilotage institutionnel ainsi qu'à l'accompagnement et l'évaluation des innovations biomédicales.

#### **Article 1-2 : Missions de la DSRI**

La DSRI a pour missions :

##### **1-2-1 : Sur le plan des orientations stratégiques**

- de définir la politique du CHU de Bordeaux dans les domaines de la recherche en santé et de l'innovation, en étroite collaboration avec l'Université Bordeaux, les EPST et la Communauté d'universités et établissements d'Aquitaine ;
- d'élaborer, en lien avec le Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRBSP), le volet Recherche et innovation du projet d'établissement du CHU et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- de participer, dans son champ de compétence, à l'élaboration du volet relatif aux liens entre le CHU et l'Université dans le contrat quinquennal de l'Université ;
- d'être associé, dans les domaines qui concernent la recherche clinique et l'innovation, aux travaux préparatoires du Contrat de projets Etat-Région, à la mise en œuvre du Programme national Investissements d'avenir, (IHU, LABEX, EQUIPEX, Cohortes,...) ;
- de promouvoir la recherche clinique et translationnelle sous l'impulsion du CRBSP (comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique) avec l'Université et les EPST au travers de Structures, Plateformes, Fédérations, Instituts ...

Hospitalo-Universitaires labellisés (AVIESAN – Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé, HCERES- Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur ....).

### **1-2-2 : Sur la mise en œuvre opérationnelle des projets**

- de développer la recherche à promotion interne, notamment dans le cadre de collaborations avec les équipes universitaires et des EPST ;
- de sélectionner et d'évaluer les projets de recherche clinique promus par le CHU notamment l'Appel d'Offre Interne (AOI) ;
- de veiller à la surveillance et au contrôle de qualité des protocoles de recherche clinique, conformément aux dispositions du Code de la santé publique ;
- de renforcer les liens entre le système d'information hospitalier (et notamment le dossier du patient informatisé), les besoins des investigateurs et ceux des patients ;
- d'organiser l'interface avec le Groupement d'intérêt économique Accelence en charge depuis le 1<sup>er</sup> juin 2016 de la coordination des essais nouveaux cliniques industriels ;
- de contribuer si nécessaire, en lien avec les établissements universitaires, à la formation continue des professionnels de la recherche clinique du CHU ;
- de définir une politique de gestion des ressources humaines et de professionnalisation des personnels dédiés à la recherche clinique (médecins, chercheurs, ingénieurs, techniciens, etc.), en liaison notamment avec l'Université et les EPST ;
- de constituer les dossiers d'agrément d'autorisation des lieux de recherche et d'en assurer le suivi en lien avec l'ARS ;
- de structurer et d'accompagner dans la durée les cohortes promues ou gérées par le CHU ;
- d'intervenir en interface avec le CRB BBS (Centre de ressources biologiques, Bordeaux biothèque santé) pour optimiser la mise en collection et la valorisation des échantillons biologiques y compris dans le cadre des projets de recherche.

### **1-2-3 : Sur la coopération avec l'Inter-région**

- d'articuler une politique de recherche biomédicale ;
- de participer à la définition des orientations stratégiques;
- de mettre en œuvre le plan annuel d'actions.

#### **1-2-4 : Dans le champ de l'innovation**

- de favoriser le développement et la mise en œuvre de l'évaluation médico-économique au CHU de Bordeaux notamment par :
  - o la coordination du Programme de Recherche Médico-Economique (PRME) ;
  - o le soutien méthodologique à l'élaboration de projets de recherche comportant un objectif principal ou secondaire médico-économique
  - o la sensibilisation/formation du corps médical aux principes de l'évaluation médico-économique et aux appels projets existants sur cette thématique
- d'assurer le soutien local à la diffusion de l'innovation, en :
  - o utilisant les données de la veille pour favoriser en interne une meilleure connaissance des innovations validées par une étape de recherche clinique,
  - o procédant à des évaluations des innovations fondées sur l'analyse des preuves existantes (méthodologie *d'health technology assesement* (HTA) adaptée à l'hôpital), afin de faciliter la sélection interne des innovations à soutenir.
- d'assurer la valorisation et le transfert des inventions issues des personnels du CHU en coordination avec la SATT Aquitaine Science Transfert, l'Université et les EPST :
  - o en gérant le portefeuille de projets innovants identifiés au CHU de Bordeaux et en assurant la détection de nouveaux projets ;
  - o en sensibilisant la communauté médicale et soignante à la valorisation et aux règles de la propriété intellectuelle
  - o en favorisant le dialogue entre les acteurs sur la répartition des frais de propriété intellectuelle en cas d'appartenance pluri-institutionnelle d'un inventeur.

#### **1-2-5 : En termes de communication**

- de mettre en place un outil de communication avec l'Université et les acteurs de la recherche visant à favoriser la participation des sujets sains et des patients aux essais et protocoles, en particulier par des actions d'information et de valorisation de la recherche ;
- de définir et mettre en œuvre la politique de communication du CHU en matière de recherche biomédicale, en mobilisant l'ensemble des vecteurs disponibles (intranet, internet, colloques, medias,...).

## TITRE 2

# GOUVERNANCE DE LA DSRI

La gouvernance de la DSRI est assurée par le Conseil scientifique et le Bureau ; elle est placée sous la double coordination du Directeur de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) et du Coordonnateur médical.

### **Article 2-1 : Le Conseil scientifique**

#### **2-1-1 : Composition**

Le coordonnateur médical de la DSRI préside le Conseil scientifique.

Outre son président, le Conseil scientifique de la DSRI comprend :

- 26 membres désignés par le président de la Commission médicale d'établissement, après avis de ladite Commission,
- Le vice-président recherche du Directoire,
- Le directeur du département des sciences de la vie et du vivant de l'Université
- Un représentant des quatre fédérations de recherche de l'Université auxquelles le CHU est associé (Transbiomed – Biologie fondamentale et appliquée à la médecine, Neurosciences, Technologies pour la santé, Santé publique)
- Un représentant de l'Inserm désigné par le délégué régional de l'Inserm,
- Un représentant du CNRS désigné par le délégué régional du CNRS,

Assistent au Conseil scientifique avec voix délibérative lorsque celui-ci examine des questions intéressant les établissements de santé de la région Aquitaine :

- un représentant médical désigné par le directeur général de l'Institut Bergonié,
- un représentant médical désigné par le président de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Charles Perrens,
- un représentant médical désigné par la Conférence des présidents de CME de la région Aquitaine.

Assistent au Conseil scientifique avec voix consultative :

- le directeur chargé de la recherche clinique et de l'innovation, accompagné des collaborateurs de son choix,
- un représentant de l'Unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique,
- un représentant du Centre d'investigation clinique de Bordeaux,
- lorsque l'ordre du jour les concerne, un représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un représentant de la sous-commission de la CME chargée de la politique qualité.

La durée du mandat des membres du Conseil scientifique coïncide avec celle du mandat des membres de la CME. Le mandat est renouvelable.

### **2-1-2 : Missions et organisation**

Le Conseil scientifique a une mission générale d'accompagnement et d'évaluation des projets de recherche portés par le CHU de Bordeaux dans le cadre des appels à projets, notamment ceux du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) hors cancer et cancer, du programme de Recherche Médico-Economique (PRME) hors cancer et cancer, de l'appel à projets interrégional (API) porté par le Groupement interrégional de recherche clinique et d'innovation ou de l'appel d'offres interne (AOI) organisé par le CHU de Bordeaux.

D'une manière générale, il est saisi pour évaluer sur le plan scientifique et opérationnel tous les projets de recherche pour lesquels une promotion du CHU est sollicitée, et rend sur chacun un avis circonstancié au Directeur général du CHU, représentant légal de l'établissement assurant la promotion des protocoles de recherche.

Il suit l'avancement et analyse les résultats de tous les protocoles de recherche promus par le CHU et élabore un rapport annuel de suivi. Pour ce faire, il peut entendre les investigateurs en charge des protocoles, diligenter toute expertise qu'il juge utile et mener toute action à sa convenance.

Il délègue le cas échéant au Bureau la sélection, la promotion et l'évaluation des innovations biotechnologiques liées ou non au programme national de soutien aux techniques innovantes.

Il est informé du programme d'actions de la DSRI, dont l'élaboration est confiée au Bureau.

Il est tenu informé de la mise en œuvre et de la réalisation des objectifs et des missions définis au titre 1 du présent règlement intérieur.

Il entend les rapports du Bureau sur la gestion de la DSRI et se prononce sur le rapport annuel d'activité de la DSRI élaboré sous l'autorité des coordonnateurs.

### **2-1-3 : Modalités de fonctionnement**

Le Conseil scientifique se réunit au moins une fois par trimestre, à l'initiative de son président ou du tiers de ses membres.

Sur proposition du coordonnateur médical de la DSRI, le Conseil scientifique désigne cinq de ses membres afin de le représenter au Bureau.

Le coordonnateur médical représente la DSRI au Conseil scientifique de l'Université de Bordeaux.

Le secrétariat du Conseil scientifique est assuré par la promotion interne de la Direction chargée de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI).

## **Article 2-2 : le Bureau et les coordonnateurs**

### **2-2-1 : Composition**

Le Bureau comprend quatorze membres avec voix délibératives, cinq désignés par le Conseil scientifique et neuf membres désignés par les pôles forts chercheurs. La durée du mandat des membres du Bureau coïncide avec celle du mandat des membres de la CME. Le mandat est renouvelable.

Le Bureau comprend également les deux coordonnateurs de la DSRI :

- le directeur chargé de la recherche clinique et de l'innovation, représentant le directeur général,
- le coordonnateur médical de la DSRI, président du Conseil scientifique.

Assistent également aux réunions du Bureau, avec voix consultative les collaborateurs du directeur chargé de la recherche clinique :

- le conseiller en organisation,
- le responsable de la promotion interne,
- le responsable de la promotion externe interface avec le GIE Accelence,
- le responsable de l'innovation et de l'évaluation médico-économique,
- le responsable partenariats, de la propriété intellectuelle et des affaires juridiques.

Ainsi qu'un représentant des structures de recherche :

- un représentant de l'Unité de soutien méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique,
- un représentant du Centre d'investigation clinique de Bordeaux,
- un représentant de l'UFR de Médecine,
- un représentant du Centre de ressources biologiques, Bordeaux Biothèques Santé.

Des membres de la DSRI pourront être invités en fonction de l'ordre du jour.

### **2-2-2 : Missions et organisation**

Le Bureau est l'organe opérationnel de la DSRI.

Il est placé sous la responsabilité conjointe du directeur chargé de la recherche clinique et de l'innovation et du coordonnateur médical de la DSRI. Tous deux assurent l'animation de ses travaux.

Il est chargé de préparer le programme annuel d'actions de la DSRI et informe le Conseil scientifique de sa réalisation.

Pour les projets hors appel d'offre :

- il est informé sur les projets de recherche promus ou gérés par le CHU ayant préalablement fait déjà l'objet d'une expertise par des jurys ou structures labellisées et/ou qui ne présentent pas de risque particulier ou qui ont un caractère confidentiel,
- il est consulté pour avis sur des projets considérés par la DRCI plus à risques et qui sont soumis à une expertise extérieure.

Il vise à mettre en œuvre les projets structurants du CHU en matière de recherche clinique.

### **2-2-3 : Modalités de fonctionnement**

Le Bureau est réuni de préférence une fois par mois à l'initiative conjointe du directeur chargé de la recherche clinique et de l'innovation et du coordonnateur médical de la DSRI.

Ses avis et propositions sont adoptés par consensus.

Le secrétariat de séance est assuré par la Direction chargée de la recherche clinique et de l'innovation.

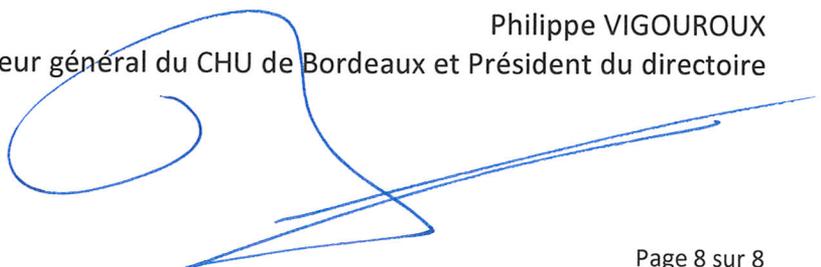
## **TITRE 3 MISE EN OEUVRE DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement intérieur est arrêté par le Directeur général, Président du directoire, après concertation au sein de cette instance et avis de la CME. Une modification du contenu du règlement intérieur peut être proposée par le Directeur général du CHU ou le Président de la Commission médicale d'établissement. Dans ce cas, cette modification doit être adoptée selon les règles mentionnées à l'alinéa précédent.

Le présent règlement intérieur rend caduc à la date de sa signature le précédent règlement intérieur de la Délégation à la recherche clinique et à l'innovation.

Fait à Talence, le

Philippe VIGOUROUX  
Directeur général du CHU de Bordeaux et Président du directoire





<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 1/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

TABLEAU DES EVOLUTIONS		
INDICE	DATE	MOTIF
01	15/10/2014	Création

**Date d'application :**

TABLEAU D'APPROBATION					
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION (fonction qualité)	AVIS EXPERT (facultatif)	APPROBATION (responsable d'activité)	
Nom :	DUCHESNE S.	YONCOURT J.		DELENGAIGNE H.	ALTUZARRA V.
Fonction :	RSSI	Resp. Qualité		Dir. Technique	Directrice
Date :	15/10/2014	15/10/2014		15/10/2014	15/10/2014
Signature :					



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 2/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

**PREAMBULE ..... 3**

**ARTICLE 1. DEFINITIONS ..... 4**

**ARTICLE 2. CHAMP D'APPLICATION ..... 5**

**ARTICLE 3. PERIMETRE D'INTERVENTION DE L'ADMINISTRATEUR..... 6**

**ARTICLE 4. SECURITE ..... 6**

**ARTICLE 5. ACCES AUX DONNEES DE SANTE ..... 8**

**ARTICLE 6. CONFIDENTIALITE – RESPECT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL ..... 9**

**ARTICLE 7. ACCES AUX EQUIPEMENTS(S) PROFESSIONNELS(S) ..... 10**

**ARTICLE 8. INFORMATION AUPRES DES UTILISATEURS..... 11**

**ARTICLE 9. NON-RESPECT DE LA CHARTE ..... 12**

**ARTICLE 10. INFORMATION DES ADMINISTRATEURS..... 12**

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 3/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## PREAMBULE

Le CHU de Bordeaux, établissement hospitalo-universitaire de référence régionale et interrégionale, affirme sa place au service de tous, en s'inscrivant dans une ambition à triple dimension d'être un CHU «humain, performant et innovant». Il se développe autour des 3 principales missions qui sont :

- Le soin, par les activités de service public de proximité et les activités de recours ;
- La recherche, en participant activement au développement des techniques et des innovations ;
- L'enseignement, en contribuant à la formation universitaire et post-universitaire des professionnels de santé.

Pour mener à bien ces missions, et en lien avec le développement de l' « hôpital numérique », le CHU de Bordeaux s'appuie de plus en plus fortement sur un Système d'Information qui se doit d'être fiable, sécurisé et performant.

En effet, le Système d'Information est exposé à de nombreux risques (malveillance, erreurs, dysfonctionnement, accidents, etc.) pouvant impacter la prise en charge des patients et la qualité des soins, l'image du CHU de Bordeaux et la confiance dans les espaces numériques de santé.

Afin de maîtriser ces risques, une démarche de sécurisation du Système d'Information est mise en œuvre au sein du CHU de Bordeaux.

Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Assurer la disponibilité du Système d'information et la fiabilité des données afin d'assurer la sûreté des soins et la continuité des activités métiers critiques ;
- Garantir la confidentialité des données patients, du personnel ainsi que les données stratégiques de l'établissement;
- Préserver l'image du CHU afin de garantir la confiance des patients, des professionnels de santé, des partenaires et des institutions,
- Garantir la conformité aux lois et réglementations en vigueur.

Cette démarche repose sur des moyens techniques et organisationnels, mais également sur le bon usage des systèmes et sur la vigilance de tous : professionnels de santé, agents administratifs, chercheurs, enseignants, étudiants, stagiaires, etc.

Dans le cadre de son activité, le CHU DE BORDEAUX est amené à exploiter des informations confidentielles ainsi que des Données à caractère personnel sensibles et en particulier les Données de santé de ses patients.

Le CHU DE BORDEAUX doit, en toutes circonstances, s'assurer de la disponibilité, la sécurité, la confidentialité et le bon fonctionnement de son Système d'information.

C'est la raison pour laquelle il a été confié à certains salariés du CHU DE BORDEAUX la mission d'assurer le bon fonctionnement et la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX. Il s'agit des Administrateurs.

Afin de conduire les actions quotidiennes d'administration et d'exploitation informatiques afférentes à leur mission, les Administrateurs se sont vu doter de droits d'accès privilégiés sur le Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 4/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les risques associés à ces droits d'accès privilégiés peuvent être :

- L'accès à des informations dont ils ne sont pas destinataires, certaines étant confidentielles (bases de données, documents sur les postes de travail Utilisateurs, etc.) ou à caractère personnel (messages électroniques, fichiers Personnels des Utilisateurs, etc.) ou encore relatives aux activités des Utilisateurs (caractéristiques d'utilisation de la messagerie électronique du CHU DE BORDEAUX, d'Internet, les données de connexion au Système d'information, etc.) ;
- La réalisation d'actions potentiellement dangereuses pour la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX : modification ou contournement de mécanismes de protection, création ou modification de comptes Utilisateurs, destruction ou modification de fichiers.

Les Administrateurs ont un rôle de confiance. Ils se doivent d'effectuer leurs fonctions ou activités professionnelles avec impartialité, sincérité, loyauté, transparence et proportionnalité.

Aussi, la présente Charte s'inscrit dans le prolongement de la Politique de [...] mise en œuvre par le CHU DE BORDEAUX.

Elle a pour objet d'informer les Administrateurs sur les règles qu'ils s'engagent à respecter au titre de leurs fonctions ou dans le cadre de leurs activités professionnelles tout en assurant le bon fonctionnement, la performance, la sécurité et la fiabilité en toutes circonstances de l'ensemble du Système d'information du CHU DE BORDEAUX et ce, dans le respect des libertés de chacun (vie privée, confidentialité, etc).

C'est la raison d'être des dispositions suivantes qui s'imposent aux Administrateurs du CHU DE BORDEAUX.

## ARTICLE 1. DEFINITIONS

Les termes employés avec une majuscule dans la présente Charte ont la signification qui leur est donnée ci-après.

« **Administrateur** » : désigne toute personne physique, membre du personnel du CHU DE BORDEAUX quel que soit son statut, à qui a été confiée la mission d'assurer le bon fonctionnement et la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX, qui est placé sous sa responsabilité. Il peut s'agir de toute personne qui est Administrateur de par sa fonction ou qui, n'étant pas Administrateur par fonction, s'est vu doter de droits d'accès privilégiés au système d'information du CHU de Bordeaux dans le cadre de son activité professionnelle.

« **Chaîne Décisionnelle Administrateurs** » : en cas de question ou de difficulté portant sur la présente Charte ou en cas de demande d'autorisation en application de la présente Charte, l'Administrateur doit contacter la Direction des Systèmes d'Information et, s'il y a lieu, le responsable hiérarchique dont il dépend.

« **Données à caractère personnel** » : désigne toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres ;

« **Données de santé** » : désigne les Données à caractère personnel relatives à la santé des personnes comprenant, notamment, les données produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soin d'un professionnel de santé et tout élément de nature à caractériser la santé d'une personne ;

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 5/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

«**Equipement(s) Personnel(s)**» : désigne tout équipement (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles, équipements réseaux et télécom etc.) propriété de l'Utilisateur, et connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

«**Equipement(s) Professionnel(s)**» : désigne tout équipement (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles, équipements réseaux et télécom etc.) mis à disposition des Utilisateurs par le CHU DE BORDEAUX connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

« **Personnel** » : désigne l'identification par l'Utilisateur de tout message électronique, tout fichier ou tout répertoire à des fins autres que relevant de ses activités Professionnelles et/ou Syndicales ;

« **Professionnel** » : désigne tout ce qui concerne l'utilisation du Système d'information du CHU DE BORDEAUX à des fins professionnelles (pour les agents du CHU et stagiaires), pédagogiques et de recherche (pour les enseignants, étudiants et chercheurs) ;

« **Syndical** » : désigne tout ce qui concerne l'activité syndicale de l'Utilisateur.

« **Système d'information** » : désigne le système d'information du CHU de BORDEAUX dans son ensemble, composé :

i) d'éléments physiques tels que notamment des serveurs, , baie de stockage, firewalls, équipements réseaux et télécom, interconnexions réseaux (en ce compris les raccordements opérateurs), des ordinateurs (fixes ou portables), Equipement(s) Professionnel(s), tout périphérique et tout autre matériel informatique, connectique ou bureautique en ce compris les plateformes, câbles du réseau, fax, photocopieurs, téléphones (fixes ou portables, Smartphones, etc.), scanners, imprimantes, etc. et ;

ii) d'éléments logiques tels que notamment les systèmes d'exploitation, logiciels, progiciels, applications, fichiers, données et bases de données, intranet, extranet, système de messagerie, etc.

« **Utilisateur** » : désigne toute personne physique ayant accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX en quelque lieu que ce soit et quel que soit son statut, en ce compris :

- les agents titulaires et contractuels du CHU DE BORDEAUX concourant à l'exécution des missions du service public hospitalier,
- les étudiant(e)s rémunéré(e)s ou non par le CHU DE BORDEAUX,
- les stagiaires ;
- les enseignants ;
- les chercheurs.

## ARTICLE 2. CHAMP D'APPLICATION

La présente Charte s'applique à l'ensemble des Administrateurs du CHU DE BORDEAUX.

Elle complète la charte de l'utilisateur pour l'usage du Système d'information du CHU DE BORDEAUX (ci-après « Charte Utilisateurs »)



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 6/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

## **ARTICLE 3. PERIMETRE D'INTERVENTION DE L'ADMINISTRATEUR**

L'Administrateur assure le bon fonctionnement et la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX dans le respect du périmètre d'intervention qui lui a été attribué.

Le périmètre d'intervention de l'Administrateur est fonction :

- du Système d'information placé sous sa responsabilité et qui est limitativement énuméré dans sa fiche de poste et/ou qui rentre dans le cadre de son activité professionnelle ;
- des droits d'accès dont il dispose pour ledit Système d'information.

Dans l'exercice de sa fonction ou de ses activités professionnelles, l'Administrateur observe à tout moment les règles et limites fixées à son périmètre d'intervention.

A ce titre, il limite ses actions au seul Système d'information dont il a la charge, dans le respect de la finalité de sa mission et n'abuse pas des droits d'accès qui lui ont été attribués.

De même, il ne prend pas ses consignes d'une personne non habilitée et remonte à la Chaîne Décisionnelle Administrateurs toute requête lui paraissant inappropriée.

Il ne contourne pas les procédures de sécurité établies, et en particulier, ne modifie pas celles-ci de sa propre initiative.

Toute intervention de l'Administrateur non-conforme au périmètre d'intervention qui lui a été attribué constituerait un abus de sa fonction ou une violation de ses droits d'accès.

La fonction d'Administrateur, selon la mission qui lui est confiée, peut être limitée dans le temps. Un Utilisateur du système d'information pourra donc être temporairement Administrateur (ex : astreintes informatique). Dans ce cas, l'Utilisateur ne devra pas utiliser ses droits privilégiés en dehors de sa mission d'Administrateur temporaire.

En cas de doute, il interroge la Chaîne Décisionnelle Administrateurs sur l'attitude à tenir.

## **ARTICLE 4. SECURITE**

Dans l'exercice de sa fonction ou de ses activités professionnelles, l'Administrateur assure quotidiennement la sécurité et veille à la protection du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

A ce titre :

- i) il observe les règles de sécurité en vigueur visant à protéger l'utilisation des comptes et droits d'accès qui lui ont été attribués. Il veille notamment à la protection des postes de travail à partir desquels il exerce sa fonction ou ses activités professionnelles. En particulier, les mots de passe qu'il utilise doivent être robustes et changés régulièrement. Il est rappelé que les droits confiés à un Administrateur sont personnels, incessibles et doivent être gardés confidentiels tout en étant accessibles à la Chaîne Décisionnelle Administrateurs en cas de besoin.

**CHU**Hôpitaux de  
Bordeaux**Entité d'application : CHU de Bordeaux**  
**Emetteur : Direction du Système d'Information****IN-SIH-258****INSTRUCTION**Ind : 1  
Page : 7/14**Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information  
du CHU de Bordeaux**

- ii) il veille à maintenir à jour la liste des Utilisateurs pour le Système d'information dont il a la charge et à en assurer l'exactitude ;
- iii) il procède régulièrement à toute vérification technique sur le Système d'information, afin de déceler toute anomalie ou incident de sécurité ;
- iv) il informe, par écrit et par oral, la Chaîne Décisionnelle Administrateurs de toute anomalie ou incident de sécurité qu'il découvre ou identifie ;
- v) il informe, par écrit et par oral, son responsable hiérarchique ou la Chaîne Décisionnelle Administrateurs de tous les faits constitutifs de délits ou de crimes dont ils ont connaissance durant l'exercice de leurs missions, en vue de les transmettre aux autorités judiciaires ;
- vi) il préserve, conserve et archive une trace écrite des anomalies ou incidents de sécurité qu'il identifie ainsi que les actions ou interventions qui y sont afférentes dans des conditions de nature à permettre la résolution de l'incident de sécurité et si nécessaire, leur communication en justice, en cas de litige, à des fins de preuve ; ces traces doivent être accessibles à la Chaîne Décisionnelle Administrateurs.
- vii) il préserve, conserve et archive une trace écrite des logins et de la référence des Equipement(s) professionnel(s) qui ont permis d'accéder au Système d'information en mode administrateur.
- viii) il informe la Chaîne Décisionnelle Administrateurs en cas de contestation d'utilisation du Système d'information par les Utilisateurs non-conforme à la Charte « Utilisateurs » ;
- ix) il communique à la Chaîne Décisionnelle Administrateurs un rapport de ses actions et interventions quotidiennement ou de façon ponctuelle en cas d'incident de sécurité ;
- x) il documente et maintient disponible tous les documents permettant la continuité de l'activité d'administration de son périmètre ;
- xi) il assure une veille scientifique et technologique dans le domaine de la sécurité des systèmes d'information dans le périmètre d'intervention qui lui est attribué ;
- xii) il documente ses actions et interventions de telle sorte que le CHU DE BORDEAUX puisse reprendre et poursuivre ses actions sans difficulté après son départ.

En cas de doute quant à la sécurité, l'Administrateur interroge la Chaîne Décisionnelle Administrateurs sur l'attitude à tenir.

En revanche, il est interdit à l'Administrateur de :

- consulter, modifier, altérer ou copier des informations ne lui appartenant pas sans l'autorisation écrite et préalable de leur propriétaire ou de la Chaîne Décisionnelle Administrateurs ;
- usurper l'identité d'autrui ;
- attribuer, déléguer ou supprimer des droits administrateurs à un Utilisateur sans l'accord préalable et écrit du Responsable de la Sécurité et des Systèmes d'Information (RSSI) ;

## **Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux**

- abuser de ses droits d'accès notamment pour accéder au Système d'information qui n'est pas sous sa responsabilité ou pour en consulter le contenu en dehors des cas autorisés par son périmètre et les termes de sa mission ;
- installer des logiciels ne répondant pas aux standards du CHU DE BORDEAUX ou en dehors des licences, copier ou installer des fichiers susceptibles de créer des risques de sécurité au sein du CHU DE BORDEAUX ;
- apporter des modifications (ajout/suppression/paramétrage) à des logiciels ou matériels pouvant affecter le fonctionnement normal et /ou la sécurité du Système d'information, sans l'autorisation préalable et écrite de la Chaîne Décisionnelle Administrateurs ;
- utiliser, dans le cadre de son rôle d'Administrateur, le Système d'information pour un usage autre que conforme à leur destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ou qui nuirait aux intérêts du CHU DE BORDEAUX
- détourner, dans le cadre de son rôle d'Administrateur, les réseaux de communication ou en faire un usage autre que conforme à leur destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ou qui nuirait aux intérêts du CHU DE BORDEAUX.

En toute hypothèse, l'Administrateur ne doit mettre en cause ni le bon fonctionnement ni la sécurité du Système d'information.

## **ARTICLE 5. ACCES AUX DONNEES DE SANTE**

Les Données de santé sont des données sensibles susceptibles de révéler l'intimité de la vie privée.

Compte-tenu de leur caractère sensible, la consultation et le partage des Données de santé sont strictement limités par la loi (Code de la santé publique, Code de la Sécurité Sociale, loi Informatique et Libertés....).

Seules les personnes désignées et habilitées par la loi peuvent consulter et échanger des Données de santé.

Selon l'Article L. 1110-4 alinéa 3 du Code de la santé public, dans le cadre de la prise en charge d'une personne dans un établissement de santé, les destinataires des Données de santé sont :

« les membres de l'équipe de soins, à savoir les personnes habilitées à échanger des informations sur le patient afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

En conséquence, à l'exclusion des Professionnels de santé et d'une manière générale les personnes habilitées pour consulter des Données de santé, il est strictement interdit à l'Administrateur d'avoir accès à des Données de santé.

L'Administrateur ne peut avoir accès qu'à une expression informatique indéchiffrable des Données de santé afin de pouvoir accomplir ses fonctions.

Toutefois, dans le cadre de certaines activités (remise en état du système, actions de paramétrage, de mise au point et de vérification d'application, assistance aux utilisateurs, dépannage logiciel et matériel), l'Administrateur peut avoir accès à des Données de santé, après autorisation et habilitation expresses

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 9/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

octroyées par le CHU DE BORDEAUX, lorsque cela est strictement nécessaire à l'exercice de sa fonction dans le respect du périmètre d'intervention qui lui a été attribué par le CHU DE BORDEAUX.

En dehors de ces cas, les Administrateurs ne doivent en aucun cas accéder aux Données de santé. Des contrôles spécifiques seront réalisés par le CHU DE BORDEAUX afin de vérifier la légitimité de ces accès.

## **ARTICLE 6. CONFIDENTIALITE – RESPECT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

Dans l'exercice de sa fonction ou de ses activités professionnelles, l'Administrateur est soumis à une obligation de confidentialité.

Les informations confidentielles peuvent être de toute nature : fichier informatique, dossier, document manuscrit, dessin, photographie, information verbale, données de sécurité relatives au système d'information, etc.

Ne pourront être considérées comme informations confidentielles :

- celles rendues publiques par le CHU de Bordeaux, autrement que par une faute ou une négligence,
- celles dont l'utilisation ou la divulgation sont autorisées par le CHU de Bordeaux,
- celles reçues par un tiers de manière licite,
- celles déjà connues par le signataire du fait de sa propre activité licite.

Les informations confidentielles sont strictement couvertes par le secret professionnel (article 226-13 et 226-14 du Code Pénal).

L'Administrateur s'engage tout particulièrement à :

- n'accéder qu'aux informations confidentielles strictement nécessaires à l'exécution de ses fonctions ou de ses missions, à l'exclusion de toutes autres,
- ne pas reproduire de quelque manière que ce soit ces informations confidentielles,
- ne prendre connaissance des informations contenues dans le Système d'information ou n'y donner accès que dans le cadre de ses fonctions et/ou dans le cadre de procédures internes formalisées du CHU DE BORDEAUX et en toute hypothèse, conformément à la loi ou la jurisprudence en vigueur ;
- ne pas divulguer les informations qu'il aurait été amené à connaître dans le cadre de ses fonctions, en particulier lorsque celles-ci sont couvertes par le secret des correspondances ou relèvent de la vie privée des Utilisateurs (cf. le paragraphe sur l'accès au Système d'information ci-dessous) ;

L'Administrateur veille à ce que les informations qu'il exploite ne puissent pas être consultées, modifiées ou reproduites par un tiers.

L'Administrateur veille également à préserver la sécurité et l'intégrité des informations nominatives ainsi que leurs traitements et extractions des bases de données afin, notamment, de mettre le CHU DE BORDEAUX en mesure de respecter les dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, qui oblige à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et d'empêcher en particulier qu'elles ne soient déformées ou endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 10/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Le non-respect de ces règles de confidentialité entrainera des poursuites et des sanctions disciplinaires de la part du CHU de Bordeaux à l'encontre du signataire.

Le non-respect du secret de la vie privée est également susceptible d'entraîner des sanctions pénales à l'encontre de l'Administrateur ayant commis l'infraction.

## **ARTICLE 7. ACCES AUX EQUIPEMENTS(S) PROFESSIONNELS(S)**

### **7.1 Accès direct aux Equipement(s) professionnel(s) (intervention sur site)**

L'Administrateur n'est, par principe, pas autorisé à accéder aux Equipement(s) professionnels(s) ni à communiquer de manière systématique les identifiant et mot de passe d'un Utilisateur à l'employeur, sauf dans les cas limitativement énumérés ci-après.

#### **7.1.1 Règles générales**

L'Administrateur peut accéder aux Equipement(s) professionnel(s) d'un Utilisateur, avec son mot de passe administrateur, pour des raisons techniques et notamment assurer le maintien en conditions opérationnelles du Système d'information du CHU DE BORDEAUX (maintenance, exploitation, etc.) mais il se doit de respecter néanmoins toutes les règles de la présente Charte et obligations qui s'imposent à lui de par sa fonction.

A ce titre, il est rappelé que les fichiers, messages électroniques ou répertoires créés par l'Utilisateur grâce au Système d'information mis à sa disposition pour l'exécution de son travail sont présumés relever des activités de l'Utilisateur concerné, sauf si l'Utilisateur les a identifiés expressément comme étant « Personnel » ou « Syndical ». Dans ce dernier cas, le CHU DE BORDEAUX ne peut y avoir accès qu'en présence de l'Utilisateur ou si celui-ci a été prévenu, sauf en cas de risque ou d'évènement particulier qu'il convient précisément d'établir au préalable (auquel cas la présence ou l'accord de l'Utilisateur n'est pas nécessaire).

En cas de doute sur la nature du risque ou de l'évènement particulier qui légitimerait une telle intervention, l'Administrateur consulte au préalable la Chaîne Décisionnelle Administrateurs et en informe la direction juridique avant toute action.

Tout fichier, message électronique ou répertoire qui n'est pas identifié comme « Personnel » ou « Syndical » est réputé entrer dans le cadre des activités Professionnelles de l'Utilisateur de sorte que le CHU DE BORDEAUX peut y accéder librement, sans autorisation de l'Utilisateur et hors la présence de ce dernier.

En tout état de cause, et lorsque l'intervention le nécessite, l'accès direct aux fichiers, messages ou répertoires créés par les Utilisateurs dans le Système d'information mis à leur disposition ne peut être justifié que dans les cas où le bon fonctionnement du Système d'information ne pourrait être assuré par d'autres moyens moins intrusifs, et si l'Utilisateur a été informé.

#### **7.1.2 Absence de l'utilisateur**

##### **7.1.2.1 Accès aux Equipement(s) professionnel(s) pour des raisons techniques**

En l'absence de l'Utilisateur, si l'accès aux Equipement(s) professionnel(s) mis à sa disposition est nécessaire pour des raisons techniques et notamment assurer le maintien en conditions opérationnelles du Système

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 11/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

d'information du CHU DE BORDEAUX (maintenance, exploitation, .), l'Administrateur peut être amené à accéder temporairement aux Equipement(s) professionnel(s) avec son mot de passe administrateur mais se doit de respecter néanmoins toutes les règles de la présente Charte et de la Procédure « Gestion des accès en l'absence des Utilisateurs ».

Dans un tel cas, l'Administrateur veillera à tracer son action via son compte administrateur.

#### **7.1.2.2 Accès aux Equipement(s) professionnel(s) pour assurer le bon fonctionnement du service auquel appartient l'Utilisateur**

En cas d'absence de l'Utilisateur, si l'accès aux Equipement(s) professionnel(s) de celui-ci est nécessaire pour assurer le bon fonctionnement du service auquel il appartient et qu'il ne peut être accédé autrement aux informations nécessaires à la poursuite de l'activité du CHU DE BORDEAUX, l'Administrateur pourra accéder temporairement aux Equipement(s) professionnel(s) de l'Utilisateur dans les conditions fixées à la Procédure « Gestion des accès en l'absence des Utilisateurs ».

#### **7.2 Accès indirect aux Equipement(s) professionnel(s) (intervention à distance)**

Dans certaines hypothèses, il peut être nécessaire que l'Administrateur accède à distance aux Equipement(s) professionnel(s).

Dans ce cas, il veillera :

- à avoir préalablement informé et recueilli l'accord de l'Utilisateur pour prendre la main sur son poste (cet accord peut être donné par simple validation d'un message d'information apparaissant sur l'écran de l'Utilisateur) ;
- à tracer les opérations de maintenance qu'il a effectuées (tenue d'un registre des interventions) via son compte Administrateur.

En tout état de cause, l'Administrateur s'assurera de respecter les règles fixées dans la procédure d'accès à distance élaborée par le CHU DE BORDEAUX.

## **ARTICLE 8. INFORMATION AUPRES DES UTILISATEURS**

Les Administrateurs informent les Utilisateurs, dans la mesure du possible, de toute intervention susceptible de perturber ou d'interrompre l'utilisation habituelle du Système d'information.

Les Administrateurs sensibilisent les Utilisateurs dès qu'ils l'estiment nécessaire en faisant porter leurs interventions sur les points suivants :

- rappeler les principes d'usage des réseaux du CHU de Bordeaux à tout utilisateur semblant les méconnaître ;
- informer les Utilisateurs des consignes techniques de sécurité à mettre en œuvre afin de préserver le système informatique général et individuel ;
- sensibiliser aux risques juridiques encourus par le CHU de Bordeaux et par les Utilisateurs du fait de leurs comportements (installation de logiciels sans licence, copies de sauvegarde sans autorisation, usage illégal ou non conforme du Système d'information...etc.).

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 12/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

La sensibilisation des Utilisateurs à la sécurité du système d'information n'est pas l'exclusivité des Administrateurs. L'information auprès des Utilisateurs se fait dans le cadre d'un plan de communication géré par la DSI.

## ARTICLE 9. NON-RESPECT DE LA CHARTE

Tout Administrateur ne respectant pas les règles de la présente Charte est passible de sanctions disciplinaires.

En outre, les infractions aux dispositions législatives et réglementaires sont susceptibles d'engager la responsabilité personnelle de l'Administrateur, tant sur le plan civil que sur le plan pénal. (Voir à titre d'exemple le tableau ci-joint.)

Il est rappelé aux Administrateurs que ceux-ci sont également soumis, en tant qu'Utilisateurs, à la Charte Utilisateurs pour le Système d'information qui ne rentre pas dans le périmètre de leurs fonctions ou dans le cadre de leurs activités professionnelles.

## ARTICLE 10. INFORMATION DES ADMINISTRATEURS

La présente Charte annule et remplace, en toutes ses stipulations, la précédente charte Administration du Système d'information.

Elle est annexée au Règlement Intérieur du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-258</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 13/14
<b>Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

### ANNEXE 1 –

### EXEMPLES DE SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

Vous trouverez ci-dessous, à titre indicatif, quelques exemples de sanctions susceptibles d'être encourues en cas de non-respect des dispositions législatives et réglementaires.

Infraction	Texte	Sanction(s) *
<b>DROIT DE LA PROPRIETE INTELLECTUELLE</b>		
<b>Contrefaçon de droits d'auteur (général)</b>	Articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contrefaçon de droits d'auteur : mise à disposition de logiciels servant à effectuer des contrefaçons, tels que les logiciels « peer to peer »)</b>	Article L.335-2-1 du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contrefaçon de marque</b>	Article L.716-1 du Code de la propriété intellectuelle  Article L.716-10 du Code de la propriété intellectuelle	Sanction civile : Dommages et intérêts  Sanction pénale : 3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>DROIT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES</b>		
<b>Violation du secret des correspondances papier ou par voie de télécommunication de mauvaise foi (ouvrir, supprimer, retarder, détourner des correspondances, en prendre connaissance, utiliser, divulguer ou intercepter)</b>	Article 226-15 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 45 000€
<b>Atteinte à la vie privée (en captant, enregistrant, transmettant, conservant, portant à la connaissance du public une image d'une personne se trouvant dans un lieu privé ou une parole prononcées à titre privé ou confidentiel sans son consentement)</b>	Article 226-1 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 45 000€
<b>Usurpation d'identité en ligne d'un tiers ou usage d'une ou plusieurs données de toute nature permettant de l'identifier en vue de troubler sa tranquillité ou celle d'autrui, ou de porter atteinte à son honneur ou à sa considération</b>	Article 226-4-1 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 15 000€
<b>Accès frauduleux à un système de traitement automatisé de données</b>	Article 323-1 du Code pénal	2 ans d'emprisonnement + 30 000 €
<b>Suppression ou modification frauduleuse de données ou altération du fonctionnement d'un système de traitement automatisé</b>	Articles 323-2 et 323-3 du Code pénal	5 ans d'emprisonnement + 75 000 €

**CHU**Hôpitaux de  
BordeauxEntité d'application : CHU de Bordeaux  
Emetteur : Direction du Système d'Information**IN-SIH-258****INSTRUCTION**Ind : 1  
Page :  
14/14**Charte de l'administrateur pour l'usage du système d'information  
du CHU de Bordeaux**

<b>Atteinte aux droits du producteur d'une base de données</b>	Article L.343-4 du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contenus à connotation pédopornographique :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- diffusion, fixation, enregistrement ou transmission de l'image ou représentation d'un mineur</li><li>- diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de télécommunications</li></ul>	Article 227-23 du Code pénal	5 ans d'emprisonnement + 75 000 €  7 ans + 100 000€
<b>Contenus négationnistes ou incitatifs à la haine raciale</b>	Article 24 et 24 bis de la loi du 29 juillet 1881	5 ans + 45 000€



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 1/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

TABLEAU DES EVOLUTIONS		
INDICE	DATE	MOTIF
01	15/10/2014	Création

**Date d'application :**

TABLEAU D'APPROBATION					
	POUR LE GROUPE D'ELABORATION	VALIDATION (fonction qualité)	AVIS EXPERT (facultatif)	APPROBATION (responsable d'activité)	
Nom :	DUCHESNE S.	YONCOURT J.		DELENGAIGNE H.	ALTUZARRA V.
Fonction :	RSSI	Resp. Qualité		Dir. Technique	Directrice
Date :	15/10/2014	15/10/2014		15/10/2014	15/10/2014
Signature :					



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 2/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>ARTICLE 1. DEFINITIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 2. CHAMP D'APPLICATION .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 3. ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 4. ACCES AUX DONNEES DE SANTE .....</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 5. UTILISATION D'INTERNET.....</b>	<b>7</b>
<b>ARTICLE 6. UTILISATION DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE A DES FINS EXCLUSIVEMENT PROFESSIONNELLES .....</b>	<b>8</b>
<b>ARTICLE 7. FICHIERS ET REPERTOIRES CRES PAR LE PRESTATAIRE.....</b>	<b>9</b>
<b>ARTICLE 8. PERIPHERIQUES MOBILES MIS A LA DISPOSITION DES PRESTATAIRES .....</b>	<b>9</b>
<b>ARTICLE 9. CONNEXION DES EQUIPEMENTS DU PRESTATAIRE AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>9</b>
<b>ARTICLE 10. CONNEXION A DISTANCE AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>11</b>
<b>ARTICLE 11. PROTECTION DU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>11</b>
<b>ARTICLE 12. CONFIDENTIALITE .....</b>	<b>13</b>
<b>ARTICLE 13. BADGES ET ACCES AUX LOCAUX.....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 14. VIDEOSURVEILLANCE .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 15. DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....</b>	<b>15</b>
<b>ARTICLE 16. UTILISATION DES SERVICES DE TELEPHONIE.....</b>	<b>15</b>
<b>ARTICLE 17. OUTILS DE CONTROLES MIS EN PLACE PAR LE CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>16</b>
<b>ARTICLE 18. NON- RESPECT DE LA CHARTE .....</b>	<b>17</b>
<b>ARTICLE 19. DEROGATIONS AUX REGLES DEFINIES DANS LA PRESENTE CHARTE .....</b>	<b>17</b>
<b>ARTICLE 20. INFORMATION DU PRESTATAIRE ET DES MEMBRES DE SON PERSONNEL .....</b>	<b>17</b>
<b>ARTICLE 22. ENGAGEMENT DU PRESTATAIRE .....</b>	<b>17</b>

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 3/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## Préambule

Le CHU de Bordeaux, établissement hospitalo-universitaire de référence régionale et interrégionale, affirme sa place au service de tous, en s'inscrivant dans une ambition à triple dimension d'être un CHU «humain, performant et innovant». Il se développe autour des 3 principales missions qui sont :

- Le soin, par les activités de service public de proximité et les activités de recours ;
- La recherche, en participant activement au développement des techniques et des innovations ;
- L'enseignement, en contribuant à la formation universitaire et post-universitaire des Professionnels de santé.

Pour mener à bien ces missions, et en lien avec le développement de l' « hôpital numérique », le CHU de Bordeaux s'appuie de plus en plus fortement sur un Système d'Information qui se doit d'être fiable, sécurisé et performant.

En effet, le Système d'Information est exposé à de nombreux risques (malveillance, erreurs, dysfonctionnement, accidents, etc.) pouvant impacter la prise en charge des patients et la qualité des soins, l'image du CHU de Bordeaux et la confiance dans les espaces numériques de santé.

Afin de maîtriser ces risques, une démarche de sécurisation du Système d'Information est mise en œuvre au sein du CHU de Bordeaux. Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Assurer la disponibilité du Système d'information et la fiabilité des données afin d'assurer la sûreté des soins et la continuité des activités métiers critiques ;
- Garantir la confidentialité des données patients, du personnel ainsi que les données stratégiques de l'établissement;
- Préserver l'image du CHU afin de garantir la confiance des patients, des Professionnels de santé, des partenaires et des institutions,
- Garantir la conformité aux lois et réglementations en vigueur.

Cette démarche repose sur des moyens techniques et organisationnels, mais également sur le bon usage des systèmes et sur la vigilance de tous : Professionnels de santé, agents administratifs, chercheurs, enseignants, étudiants, stagiaires, etc.

Dans le cadre de son activité, le CHU DE BORDEAUX est amené à exploiter des informations confidentielles ainsi que des Données à caractère personnel sensibles et en particulier les Données de santé de ses patients.

Le CHU DE BORDEAUX met à la disposition des prestataires externes avec lesquels il conclut un contrat ou un marché ainsi qu'aux membres du personnel de ces prestataires tout ou partie de son Système d'information.

Le Prestataire, dans l'exercice des missions qui lui sont confiées au titre du contrat ou du marché, peut être amené à accéder à tout ou partie du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX doit, en toutes circonstances, s'assurer de la disponibilité, la sécurité, la confidentialité et le bon fonctionnement de son Système d'information.

Cela implique, par conséquent, de la part du Prestataire et des membres de son personnel, un strict respect de la confidentialité et de la sécurité. Il s'agit là d'obligations présentant un caractère essentiel et déterminant pour toute activité confiée à un prestataire externe.

Tout Prestataire doit donc être particulièrement vigilant. Il est tenu de respecter et de faire respecter par les membres de son personnel, les règles de la présente charte pour assurer le bon fonctionnement, la sécurité et la fiabilité, en toutes circonstances, du Système d'information.

L'objectif de ces règles est notamment de prévenir la divulgation d'informations sensibles à des personnes non autorisées ou les intrusions de tiers dans tout ou partie du système d'information du CHU DE BORDEAUX.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 4/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

La présente Charte s'inscrit dans le prolongement des différentes politiques mises en œuvre par le CHU DE BORDEAUX, à savoir notamment :

- Politique cadre de sécurité du système d'information ;
- Politique d'autorisation d'accès au système d'information ;
- Politique d'intégration de la sécurité dans les projets ;
- Politique d'utilisation des équipements personnels ;
- Politique de filtrage des accès à Internet ;
- Politique de sauvegarde.

Cette liste non exhaustive des politiques du CHU se trouve également sur le site intranet de l'établissement de santé à l'adresse « <http://portailchu.chu-bordeaux.fr> » et sur le site sharepoint de la DSI à l'adresse « <http://sharepoint.chu-bordeaux.fr/dsi> ».

La présente charte a notamment pour objet d'informer le Prestataire et les membres de son personnel des règles d'utilisation du Système d'information du CHU DE BORDEAUX, de rappeler les droits et obligations de ceux-ci lors de l'emploi des Equipements connectés au Système d'information du CHU DE BORDEAUX et de faire connaître les moyens de contrôle mis en place.

Le respect des stipulations de la présente charte est une obligation essentielle et déterminante du consentement du CHU DE BORDEAUX à la conclusion du contrat ou du marché avec le Prestataire.

## Article 1. Définitions

Les termes employés avec une majuscule dans la présente Charte ont la signification qui leur est donnée ci-après.

« **Administrateur** » : désigne toute personne physique, membre du personnel du CHU DE BORDEAUX quel que soit son statut, à qui a été confiée la mission d'assurer le bon fonctionnement et la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX, qui est placé sous sa responsabilité. Il peut s'agir de toute personne qui est Administrateur de par sa fonction ou qui, n'étant pas Administrateur par fonction, s'est vu doter de droits d'accès privilégiés au système d'information du CHU de Bordeaux dans le cadre de son activité professionnelle ;

« **Chaine Décisionnelle** » : en cas de question ou de difficulté portant sur la présente Charte ou en cas de demande d'autorisation en application de la présente Charte, le membre du personnel du Prestataire doit contacter la DSI du CHU ainsi que la personne chargée du suivi de sa mission au CHU et, en parallèle, le responsable de mission de son employeur, s'il y a lieu.

« **Données à caractère personnel** » : désigne toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres ;

« **Données de santé** » : désigne les Données à caractère personnel relatives à la santé des personnes comprenant, notamment, les données produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soin d'un Professionnel de santé et tout élément de nature à caractériser la santé d'une personne ;

« **Equipement(s) du Prestataire** » : désigne tout équipement (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles, sondes, équipements biomédicaux, équipements réseaux et télécom etc.) utilisé par le Prestataire autres que ceux mis à disposition du CHU DE BORDEAUX connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

« **Equipement(s) Professionnel(s)** » : désigne tout équipement (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles etc.) mis à disposition du Prestataire par le CHU DE BORDEAUX connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

« **Professionnel** » : désigne tout ce qui concerne l'exécution du contrat ou du marché par le Prestataire ;



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 5/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

« **Prestataire(s)** » : désigne toute personne morale ayant conclu un contrat ou un marché avec le CHU DE BORDEAUX ainsi que les membres du personnel du Prestataire et ses éventuels sous-traitants affectés par celui-ci à l'exécution du contrat ou du marché, qu'il s'agisse de salariés, d'intérimaires, d'auto-entrepreneurs, de stagiaires, etc. que leur contrat soit à durée indéterminée, déterminée, à temps complet, à temps partiel, etc.

« **Système d'information** » : désigne le système d'information du CHU de BORDEAUX dans son ensemble, composé :

- i) d'éléments physiques tels que notamment des serveurs, , baie de stockage, firewalls, équipements réseaux et télécom, interconnexions réseaux (en ce compris les raccordements opérateurs), des ordinateurs (fixes ou portables), Equipement(s) professionnels(s), Equipement(s) du Prestataire, tout périphérique et tout autre matériel informatique, connectique ou bureautique en ce compris les plateformes, câbles du réseau, fax, photocopieurs, téléphones (fixes ou portables, Smartphones, etc.), scanners, imprimantes, etc. et ;
- ii) d'éléments logiques tels que notamment les systèmes d'exploitation, logiciels, progiciels, applications, fichiers, données et bases de données, intranet, extranet, système de messagerie, etc.

« **Utilisateur** » : désigne toute personne physique ayant accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX en quelque lieu que ce soit et quel que soit son statut, en ce compris :

- les agents titulaires et contractuels du CHU DE BORDEAUX concourant à l'exécution des missions du service public hospitalier,
- les étudiant(e)s rémunéré(e)s ou non par le CHU DE BORDEAUX ;
- le Prestataire ;
- les stagiaires ;
- les enseignants ;
- les chercheurs.

« **Professionnels de santé** » : désigne les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi ;

## Article 2. Champ d'application

### 2.1 Personnes concernées

La présente charte s'applique aux Prestataires qui ont conclu un contrat ou un marché avec le CHU DE BORDEAUX et qui utilisent tout ou partie du Système d'information du CHU DE BORDEAUX dans le cadre de l'exécution du contrat ou du marché.

### 2.2 Système d'information

La présente charte s'applique à l'utilisation par les Prestataires de l'ensemble du Système d'information du CHU DE BORDEAUX tel que défini à l'article « Définitions ».

### 2.3 Charte l'administrateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux

La Charte Administrateur du CHU DE BORDEAUX s'applique au Prestataire dès lors que ce dernier est amené à avoir les droits d'accès propres aux Administrateurs du CHU DE BORDEAUX.

## Article 3. Accès au système d'information



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 6/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

L'accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX au Prestataire est réservé à l'exercice des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché.

L'accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX tels que la messagerie électronique ou téléphonique, les sessions sur les postes de travail et sur les serveurs, le réseau ou certaines applications est protégé par des paramètres spécifiques de connexion.

Ces paramètres de connexion sont composés d'un identifiant et d'un mot de passe, auxquels correspondent des droits d'accès dont l'étendue varie selon la catégorie d'Utilisateur.

Lorsque cela est nécessaire, des identifiant et mot de passe sont attribués au Prestataire par la DSI du CHU DE BORDEAUX le jour du commencement de l'exécution de ses missions contractuelles.

Le Prestataire est invité à changer dès sa première connexion le mot de passe qui lui a été attribué. Le mot de passe doit respecter un certain degré de complexité et être modifié régulièrement par le Prestataire au cours de l'exécution de ses missions.

Des consignes de sécurité sont élaborées par la DSI afin de recommander les bonnes pratiques en la matière (cf. Politique d'intégration de la sécurité dans les projets, dans sa dernière version en vigueur).

Tous ces paramètres sont propres aux Prestataires, incessibles et doivent être gardés confidentiels. Ils ne doivent pas être communiqués ni partagés avec qui que ce soit, pour quelque raison que ce soit.

Ces paramètres doivent être mémorisés par le Prestataire et ne pas être conservés de manière lisible sous quelque forme que ce soit. Ils doivent être saisis par le Prestataire à chaque accès et ne pas être conservés en mémoire dans le Système d'information de façon non sécurisée.

La saisie de l'identifiant et du mot de passe du Prestataire vaut preuve de son accès au Système d'information. Le Prestataire reconnaît, en conséquence, être responsable de l'utilisation de ces paramètres de connexion.

En outre, l'accès au Système d'information avec l'identifiant d'un autre Utilisateur, qu'il s'agisse d'un agent du CHU DE BORDEAUX, d'un enseignant, d'un chercheur, d'un étudiant ou d'un stagiaire, d'un autre salarié du Prestataire ou d'un salarié d'un autre prestataire externe est considéré comme une faute susceptible d'entraîner la responsabilité du Prestataire compte tenu des risques qu'un tel usage pourrait entraîner pour le CHU DE BORDEAUX.

Si le membre du personnel du Prestataire a connaissance d'une utilisation non autorisée de son identifiant ou mot de passe, il doit en informer la Chaîne Décisionnelle dans les plus brefs délais.

Le membre du personnel du Prestataire doit également changer de mot de passe sans délai.

Le profil du membre du personnel du Prestataire sera désactivé le jour de l'achèvement de ses missions contractuelles puis supprimé dans les meilleurs délais. .

## **Article 4. Accès aux données de sante**

Les Données de santé sont des données sensibles susceptibles de révéler l'intimité de la vie privée.

Compte-tenu de leur caractère sensible, la consultation et le partage des Données de santé sont strictement limités par la loi (Code de la santé publique, Code de la Sécurité Sociale, loi Informatique et Libertés....).

Seules les personnes désignées et habilitées par la loi peuvent consulter et échanger des Données de santé.

Selon l'Article L. 1110-4 alinéa 3 du Code de la santé public, dans le cadre de la prise en charge d'une personne dans un établissement de santé, les destinataires des Données de santé sont :



Entité d'application : CHU de Bordeaux

Emetteur : Direction du Système d'Information

IN-SIH-259

INSTRUCTION

Ind : 1

Page : 7/17

## Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux

« les membres de l'équipe de soins, à savoir les personnes habilitées à échanger des informations sur le patient afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

En conséquence, à l'exclusion des Professionnels de santé et d'une manière générale les personnes habilitées pour consulter des Données de santé, il est strictement interdit au Prestataire d'avoir accès à des Données de santé.

Le Prestataire ne peut avoir accès qu'à une expression informatique indéchiffrable des Données de santé afin de pouvoir accomplir ses missions.

Toutefois, dans le cadre de certaines activités (remise en état du système, actions de paramétrage, de mise au point et de vérification d'application, assistance aux utilisateurs, dépannage logiciel et matériel), le prestataire peut avoir accès à des Données de santé, après autorisation et habilitation expresses octroyées par le CHU DE BORDEAUX, lorsque cela est strictement nécessaire à l'exercice de sa fonction dans le respect du périmètre d'intervention qui lui a été attribué, sous réserve qu'il ait accepté et s'engage à respecter la présente charte (cf. article 21).

En dehors de ces cas, les Prestataires ne doivent en aucun cas accéder aux Données de santé. Des contrôles spécifiques seront réalisés par le CHU DE BORDEAUX afin de vérifier la légitimité de ces accès.

### Article 5. Utilisation d'internet

Dans le cadre de l'exécution des missions qui lui sont confiées par application du contrat ou du marché, le Prestataire peut disposer d'un accès à Internet.

L'accès à Internet à des fins autres que Professionnelles n'est pas admis.

Le Prestataire qui accèderait de manière accidentelle à des sites illégaux ou contraires aux bonnes mœurs doit immédiatement s'en déconnecter.

La participation à des forums de discussions, à des messageries instantanées ou à des blogs est strictement interdite.

En tant que de besoin, il est rappelé que la consultation et/ou le téléchargement de contenu à caractère pornographique, contraire aux bonnes mœurs, raciste, négationniste, révisionniste, etc. est strictement interdit.

En outre, il est interdit au membre du personnel du Prestataire de répondre à des questionnaires et de fournir l'adresse électronique Professionnelle qui lui a été remise par la DSI, sur des sites non Professionnels ou dont l'image est incompatible avec celle du CHU DE BORDEAUX.

De plus, l'écoute de stations radiophoniques via Internet, le téléchargement de fichiers musicaux, de vidéos, de logiciels de jeux quel qu'en soit le format, n'entrant pas dans le cadre des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché, sont strictement prohibés dans la mesure où d'une part, ils peuvent gêner le fonctionnement du Système d'information du CHU DE BORDEAUX en raison de l'encombrement qu'ils génèrent, tant en termes de volume de flux sur le réseau qu'en termes de place occupée sur les disques et d'autre part, parce que ces téléchargements sont soumis à une réglementation juridique spécifique pouvant engager la responsabilité du CHU DE BORDEAUX en cas de non-respect.

Pour des raisons de sécurité et de responsabilité ou encore de disponibilité du Système d'information (bande passante, etc.), l'accès à certains sites tels que notamment les réseaux sociaux (...) est prohibé par le CHU DE BORDEAUX.

Le Prestataire est informé que des outils de contrôle sont mis en place afin d'enregistrer toutes les données de connexion relatives à sa navigation sur Internet et notamment :

- l'adresse IP ;
- les sites consultés (adresses, pages consultées) ;
- la date, l'heure et la durée de la connexion.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 8/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

En cas de non-respect des règles édictées dans la présente charte, des poursuites pourront être, le cas échéant, engagées envers le Prestataire, sur la base de ces données.

## **Article 6. Utilisation de la Messagerie électronique à des fins exclusivement professionnelles**

### **6.1 Utilisation Professionnelle de la messagerie**

Le Prestataire peut disposer, en cas de besoin, dans le cadre des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché, d'une messagerie Professionnelle spécifique aux prestataires attribuée par la DSI du type [prénom.nom.ext@chu-bordeaux.fr](mailto:prénom.nom.ext@chu-bordeaux.fr)

Le Prestataire peut également avoir accès à sa messagerie par web mail.

L'utilisation de la messagerie Professionnelle mise à disposition du CHU DE BORDEAUX à des fins autres que Professionnelles est interdite par le CHU DE BORDEAUX. L'utilisation par le Prestataire de sa messagerie par web mail est soumise aux règles relatives à l'utilisation de la messagerie propres à son entreprise.

Les messages électroniques reçus sur la messagerie Professionnelle font l'objet d'un contrôle antiviral et d'un filtrage anti-spam. Le Prestataire est invité à informer la DSI des dysfonctionnements qu'ils constatent dans le dispositif de filtrage. Il est, en outre, recommandé au membre du personnel du Prestataire de ne pas ouvrir les messages et les pièces jointes, qui lui semblent avoir une origine inconnue ou douteuse et de rester vigilant quant à l'authenticité et la fiabilité des messages et pièces jointes reçus.

En cas de réception à tort d'un message électronique interne, le Prestataire doit le renvoyer à son expéditeur en indiquant l'erreur d'adresse et doit le supprimer de sa boîte de réception et de ses éléments envoyés. Si le contenu de ce message était confidentiel, le Prestataire s'interdit d'en faire état à quiconque, en interne comme en externe.

L'attention du Prestataire est attirée sur le fait qu'un message électronique peut avoir la même portée qu'un courrier manuscrit et peut rapidement être communiqué à des tiers. Il s'engage à prendre garde au respect d'un certain nombre de principes, afin d'éviter des dysfonctionnements du Système d'information, de limiter l'envoi de messages non sollicités et de ne pas engager sa responsabilité civile ou pénale.

Avant tout envoi, il est impératif de vérifier l'identité des destinataires du message et de leur qualité à recevoir communication des informations transmises. Il est rappelé qu'un courrier électronique est juridiquement opposable à son expéditeur.

En cas d'envoi à une pluralité de destinataires, le Prestataire doit respecter les dispositions relatives à la lutte contre l'envoi en masse de courriers non sollicités.

Il est rappelé au Prestataire qu'Internet n'apporte pas une garantie totale d'acheminement des messages ni des délais d'acheminement de ceux-ci. Le CHU DE BORDEAUX ne saurait, en conséquence, voir sa responsabilité recherchée notamment en cas d'envoi tardif, de réception tardive ou d'atteinte à l'intégrité d'un message envoyé par le Prestataire par l'intermédiaire de l'accès Internet du CHU DE BORDEAUX.

Le Prestataire doit veiller au respect des lois et règlements, et notamment à la protection des droits de propriété intellectuelle et des droits des tiers. Les correspondances électroniques ne doivent comporter aucun élément illicite, tel que des propos diffamatoires, injurieux, contrefaisants ou susceptibles de constituer des actes de concurrence déloyale ou parasitaire.

### **6.2 Désactivation du compte de messagerie**

A la fin de la mission, le Prestataire est informé que son compte de messagerie sera désactivé après son départ dans les meilleurs délais.



Entité d'application : CHU de Bordeaux

Emetteur : Direction du Système d'Information

IN-SIH-259

INSTRUCTION

Ind : 1

Page : 9/17

## Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux

### Article 7. Fichiers et répertoires créés par le prestataire

Les fichiers ou répertoires créés par le Prestataire grâce au Système d'information mis à sa disposition pour l'exécution des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché ont un caractère Professionnel et appartiennent au CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX peut accéder à ces fichiers ou répertoires librement, sans autorisation du Prestataire et hors la présence de ce dernier.

Le CHU DE BORDEAUX peut accéder au(x) compte(s) que le Prestataire crée(en)t localement, sans autorisation du Prestataire et hors la présence de ce dernier. Dans cette dernière hypothèse, le Prestataire doit communiquer au CHU DE BORDEAUX le(s) mot(s) de passe qu'il a créé pour permettre au CHU d'accéder audit(s) compte(s).

Il est strictement interdit au Prestataire d'enregistrer des informations ou documents de nature autre que Professionnelle sur le Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

### Article 8. Périphériques mobiles mis à la disposition des prestataires

Les téléphones mobiles, smartphone, PDA, ordinateur portable ou tout autre périphérique mobile mis à la disposition du membre du personnel du Prestataire, par le CHU DE BORDEAUX, le sont à des fins Professionnelles.

Le Prestataire veille à utiliser son portable ou tout autre périphérique mobile dans un espace dans lequel il est à même d'assurer la confidentialité des échanges.

Le Prestataire n'est pas autorisé à utiliser ces périphériques mobiles à des fins autres que Professionnelles.

Le Prestataire s'interdit de conserver ou de stocker des informations confidentielles ou sensibles, relatives aux patients du CHU DE BORDEAUX sur un des périphériques mobiles mis à sa disposition dans la mesure où ceux-ci ne sont pas sécurisés.

En cas de doute, le membre du personnel du Prestataire s'adressera à la Chaine Décisionnelle afin de mettre en œuvre les mesures de protection dictées par la DSI pour préserver la sécurité et la confidentialité des informations stockées.

### Article 9. Connexion des équipements du Prestataire au système d'information du CHU de Bordeaux

La connexion par le Prestataire de ses propres Equipements (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles etc.), sur site ou à distance, au système d'information du CHU DE BORDEAUX est interdite sauf autorisation spécifique sollicitée auprès de la DSI. Le Prestataire est dûment informé que le CHU DE BORDEAUX peut déconnecter de son système d'information tout Equipement du Prestataire n'ayant pas reçu d'autorisation préalable ou présentant un risque en matière de sécurité.

#### 9.1 L'accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX

Conformément à la politique de sécurité du CHU propre aux Equipements du Prestataire, le Prestataire s'engage à recueillir l'autorisation de la DSI préalablement à la connexion de son terminal au Système d'information du CHU DE

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 10/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

BORDEAUX. La DSI contrôlera la sécurité de son Equipement afin de s'assurer de sa conformité aux contraintes de sécurité du CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX est libre de refuser la connexion d'un Equipement propre au Prestataire sur son Système d'information si l'Equipement en question n'est pas conforme aux contraintes de sécurité du CHU DE BORDEAUX ou si son utilisation n'est pas nécessaire au regard des prestations que le Prestataire fournit pour le CHU DE BORDEAUX.

De même, le Prestataire s'engage à toujours disposer d'un Equipement en état de fonctionnement et à télécharger régulièrement les mises à jour proposées par les éditeurs des logiciels et applications de sécurités utilisées.

Le Prestataire doit faire l'acquisition d'outils tels que notamment des logiciels antivirus et de chiffrement des données permettant de limiter les risques d'atteinte à la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

Le Prestataire s'engage à protéger son Equipement par un identifiant et un mot de passe afin d'empêcher les tiers d'avoir accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

En cas de vol, perte, ou constat quelconque d'intrusion frauduleuse sur l'Equipement du Prestataire, le Prestataire devra immédiatement prévenir la Chaine décisionnelle afin que des mesures nécessaires soient prises pour protéger le Système d'information du CHU DE BORDEAUX et les données y étant stockées.

Les accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX en dehors des horaires de travail peuvent être directement bloqués à distance par les personnes habilitées du CHU DE BORDEAUX.

## **9.2 La propriété et le contrôle des données accessibles via l'Equipement du Prestataire**

Le Prestataire est informé que toutes données relevant de ses activités Professionnelles au sein du CHU stockées ou accessibles via un de ses Equipements demeureront la propriété exclusive du CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX se réserve le droit d'accéder et de contrôler les données relevant de ses activités Professionnelles au CHU stockées sur l'Equipement du Prestataire. Le Prestataire s'engage, sur demande du CHU DE BORDEAUX, à supprimer toutes données relatives au CHU DE BORDEAUX.

En cas de départ du CHU DE BORDEAUX, le Prestataire s'engage à transférer au CHU DE BORDEAUX l'ensemble des données relevant de ses activités Professionnelles éventuellement stockées sur son Equipement.

## **9.3 Responsabilité en cas de vol ou de dommages matériels causés à l'Equipement du Prestataire**

L'utilisation de l'Equipement du Prestataire reste sous son entière responsabilité. Il appartient notamment au Prestataire de prendre toutes les mesures appropriées de façon à protéger ses propres données et/ou logiciels, notamment de la contamination par d'éventuels virus circulant sur le réseau internet ou de l'intrusion d'un tiers dans le système de son Equipement (Ordinateur PC portable, Smartphone...) à quelque fin que ce soit.

Le CHU DE BORDEAUX ne saurait être responsable des éventuels dommages causés à l'Equipement du Prestataire résultant notamment d'une utilisation de son Equipement non conforme aux règles de sécurité énumérées au sein de la présente Charte et de la dernière version de la politique de sécurité propre aux Equipements du Prestataire.

## **9.4 Utilisations prohibées de l'Equipement du Prestataire**

Le Prestataire est informé que les règles d'utilisation prohibées du Système d'information du CHU DE BORDEAUX s'étendent à son Equipement lorsqu'il se connecte au Système d'information du CHU DE BORDEAUX (atteinte à la vie privée ou à l'image d'un tiers, diffamation, injure, discrimination, dénigrement du CHU DE BORDEAUX, l'atteinte à l'image de marque, à sa réputation ou à ses droits...).

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 11/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## Article 10. Connexion à distance au système d'information du CHU de Bordeaux

Le CHU DE BORDEAUX met à disposition du Prestataire, un accès à distance de son Système d'information au travers d'une connexion sécurisée de type VPN lorsque sa mission le justifie.

L'accès à distance au Système d'information du CHU DE BORDEAUX implique le respect par le Prestataire de la présente Charte et de la dernière version de la Convention de télémaintenance (EN-SIH-180) du CHU DE BORDEAUX.

Le Prestataire est juridiquement responsable de l'usage qu'il fait du Système d'information du CHU DE BORDEAUX, et s'engage à respecter les règles de sécurité informatique. Notamment, à ne pas effectuer intentionnellement des opérations pouvant avoir pour conséquences :

- De masquer sa véritable identité ou de s'approprier le mot de passe d'un autre Utilisateur ;
- D'intercepter des communications entre tiers ;
- De porter atteinte à l'intégrité d'un autre Utilisateur, ou à sa sensibilité, notamment par l'intermédiaire de messages, textes ou images provocants.

Le Prestataire s'engage à ne pas effectuer d'opérations pouvant nuire au bon fonctionnement du réseau et à l'intégrité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX. Il s'engage à clore sa session informatique en cas d'éloignement de son poste informatique.

Les demandes d'accès à distance sont adressées à la DSI à partir du bordereau accessible dans le portail intranet du CHU de Bordeaux.

Les services accessibles à distance peuvent être justifiés en fonction des besoins métiers :

- Accès applicatifs ;
- Equipements informatiques (postes, serveurs) notamment en cas de télémaintenance ;
- Bureau à distance ;
- Accès à la messagerie ;
- Accès aux fichiers partagés sur les disques dédiés.

La Charte Administrateur du CHU DE BORDEAUX s'applique au Prestataire dès lors que ce dernier est amené à avoir les droits d'accès propres aux Administrateurs réseaux du CHU DE BORDEAUX pour effectuer de la télémaintenance notamment.

Le Prestataire est informé que l'ensemble des services utilisés génère « des fichiers de traces » essentiels à l'administration des systèmes.

Dans le cadre d'une enquête interne ou d'une réquisition judiciaire et après accord du Directeur général du CHU, ces fichiers peuvent être transmis aux autorités compétentes.

## Article 11. Protection du système d'information du CHU de Bordeaux

Le CHU DE BORDEAUX met en œuvre les moyens humains et techniques appropriés pour assurer la sécurité physique et logicielle du Système d'information.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 12/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

A ce titre, il détient les droits de propriété intellectuelle ou a obtenu les licences ou autorisations nécessaires à l'utilisation du Système d'information mis à la disposition du Prestataire.

La DSI est responsable du contrôle du bon fonctionnement du Système d'information. Elle veille à l'application des règles de la présente charte.

Si elle identifie un risque, la DSI peut :

- accéder aux Equipements professionnels mis à disposition du Prestataire, y compris à tous les fichiers et données ;
- accéder aux Equipements du Prestataire ;
- suspendre tout ou partie de l'accès au Système d'information, sans préavis.

Le Prestataire est, quant à lui, tenu de prendre toutes précautions pour assurer la sécurité matérielle et logique des Equipements professionnels mis à sa disposition dans le cadre de l'exercice des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché.

Le Prestataire doit concourir à la protection du Système d'information, en faisant preuve de prudence.

Le Prestataire doit, à ce titre, sans que cette liste ne soit exhaustive :

- en cas d'absence, même temporaire, verrouiller l'accès au matériel qui lui est confié ou à son Equipement, dès lors que ce dernier contient des informations concernant le CHU DE BORDEAUX ;
- effectuer des sauvegardes régulières des fichiers et données du CHU DE BORDEAUX dont il dispose sur le matériel mis à sa disposition. Ces sauvegardes doivent impérativement être effectuées sur les serveurs des sociétés. Les sauvegardes sur des disques amovibles ne sont pas autorisées ;
- ne pas installer de logiciels, copier ou installer de fichiers, susceptibles de créer des risques de sécurité. Le Prestataire doit dans tous les cas demander préalablement l'autorisation de la Chaîne Décisionnelle ;
- ne pas décompiler, désassembler tout ou partie du Système d'information, pratiquer l'ingénierie inverse ou tenter de découvrir ou reconstituer le code source, les idées qui en sont la base, les algorithmes, les formats des fichiers ou les interfaces de programmation ou d'interopérabilité, à moins que cela ne relève de ses missions telles qu'elles sont prévues par le contrat ou le marché ;
- ne pas traduire, adapter, arranger, modifier le Système d'information, à moins que cela ne relève de ses missions telles qu'elles sont prévues par le contrat ou le marché ;
- ne pas procéder seul, ou avec l'aide d'un tiers, à la correction des éventuels erreurs ou dysfonctionnements du Système d'information pour le rendre conforme à sa destination à moins que cela ne relève de ses missions telles qu'elles sont prévues par le contrat ou le marché ;
- ne pas utiliser le Système d'information mis à sa disposition dans le cadre de l'exécution des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché pour un usage autre que conforme à leur destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ;
- ne pas détourner les réseaux de communication ou en faire un usage autre que conforme à leur destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ;
- ne pas se livrer, par l'intermédiaire du Système d'information, au cours de l'exécution des missions qui lui ont été confiées en vertu du contrat ou du marché, à l'exercice d'une activité, concurrente ou non de celle du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 13/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Il doit, en toutes circonstances, respecter les règles de confidentialité et de sécurité édictées, veiller au respect de la législation en vigueur, qui protège notamment les droits de propriété intellectuelle, le secret des correspondances, les Données personnelles, les systèmes de traitement automatisé de données, le droit à l'image des personnes, l'exposition des mineurs aux contenus préjudiciables.

## Article 12. Confidentialité

Les informations confidentielles sont toutes les informations informatisées ou non informatisées relatives au système d'information du CHU de Bordeaux. Les informations confidentielles peuvent être de toute nature : fichier informatique, dossier, document manuscrit, dessin, photographie, information verbale, données de sécurité relatives au système d'information, etc.

Ne pourront être considérées comme informations confidentielles :

- celles rendues publiques par le CHU de Bordeaux, autrement que par une faute ou une négligence,
- celles dont l'utilisation ou la divulgation sont autorisées par le CHU de Bordeaux,
- celles reçues par un tiers de manière licite,
- celles déjà connues par le signataire du fait de sa propre activité licite.

Les informations confidentielles sont strictement couvertes par le secret professionnel (article 226-13 et 226-14 du Code Pénal).

Le Prestataire s'engage à ne pas divulguer d'informations confidentielles ou sensibles relatives aux patients ou au CHU DE BORDEAUX et de manière générale, toute information dont la divulgation pourrait porter préjudice au CHU DE BORDEAUX ou à des tiers.

Il veille à ce que les informations qu'il exploite ne puissent pas être consultées, modifiées ou reproduites par un tiers.

Le Prestataire veille tout particulièrement à préserver la sécurité et l'intégrité des informations nominatives ainsi que leurs traitements et extractions des bases de données afin, notamment, de mettre le CHU DE BORDEAUX en mesure de respecter les dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, qui oblige à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et d'empêcher en particulier qu'elles ne soient déformées ou endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès

Le Prestataire s'engage plus particulièrement à :

- n'accéder qu'aux informations confidentielles strictement nécessaires à l'exécution de ses fonctions ou de ses missions, à l'exclusion de toutes autres,
- ne pas reproduire de quelque manière que ce soit ces informations confidentielles,
- retourner ou détruire ces informations confidentielles en sa possession dans le cadre de ses fonctions ou de ses missions sur simple demande du CHU de Bordeaux,
- informer sans délai la DSI du CHU de Bordeaux de tout évènement ou irrégularité qui pourrait compromettre la sécurité de ces informations confidentielles.

Le non-respect de ces règles de confidentialité entrainera des poursuites et des sanctions disciplinaires de la part du CHU de Bordeaux à l'encontre du signataire.

Le non-respect du secret de la vie privée est également susceptible d'entraîner des sanctions pénales à l'encontre du Prestataire ayant commis l'infraction.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 14/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

## Article 13. Badges et accès aux locaux

Des badges (cartes magnétiques ou à puce) peuvent être remis, en cas de besoin, au Prestataire le jour de son entrée dans les locaux du CHU DE BORDEAUX.

Ces badges ont pour objet de permettre et de contrôler l'accès aux locaux.

Ces badges sont personnels et incessibles. Ils ne doivent pas être prêtés, partagés, loués ou cédés à qui que ce soit, pour quelque raison que ce soit.

L'enregistrement du badge du membre du personnel du Prestataire sur une badgeuse vaut preuve de l'accès de celui-ci au sein des locaux précités ou, le cas échéant, de sa sortie des locaux.

Le Prestataire reconnaît être le seul et unique responsable de l'utilisation de son badge par des tiers et/ou des actions faites grâce ou à cause de l'utilisation de son badge qu'elles soient frauduleuses ou non.

En outre, l'accès aux locaux avec le badge d'un autre Utilisateur qu'il s'agisse d'un salarié du CHU DE BORDEAUX, d'un autre salarié du Prestataire ou d'un salarié d'un autre prestataire externe est considéré comme une faute susceptible d'entraîner la responsabilité du Prestataire compte tenu des risques qu'un tel usage pourrait entraîner pour le CHU DE BORDEAUX.

Le Prestataire s'engage à suivre les règles suivantes :

- Ne pas essayer de s'introduire dans des salles non autorisées ou pour lesquelles il ne dispose pas d'autorisations explicites ;
- Ne pas permettre l'accès à des personnes non identifiées dans les locaux du CHU DE BORDEAUX ;
- Respecter les systèmes de sécurité physique mis en place au CHU DE BORDEAUX, en particulier, fermer systématiquement à clé les portes derrière lui ;
- Assurer la protection physique du matériel mis à sa disposition
- Restituer tous les objets permettant l'accès physique aux infrastructures et prêtés par le CHU DE BORDEAUX durant la prestation du Prestataire (cartes, clés, etc.) à la fin de l'intervention.
- Ne réaliser aucune copie ou duplicata des moyens d'accès mis à disposition
- Ne pas entraver le fonctionnement des équipements opérationnels et ceux de sécurité

Dans le cas des opérations de maintenances (par exemple, réparation matérielle), le Prestataire devra au préalable faire un descriptif précisant les dates, la nature des opérations et les noms des intervenants qu'il transmettra au CHU.

A la fin de sa mission, le Prestataire est tenu de restituer son badge à la direction du CHU de Bordeaux qui le lui a confié et qui le transmettra ensuite à la personne en charge de la gestion des badges.

En toute hypothèse, le badge sera désactivé au plus tard le dernier jour de présence du membre du personnel du Prestataire, même si ce dernier ne restitue pas le badge.

## Article 14. Vidéosurveillance

**CHU**Hôpitaux de  
Bordeaux**Entité d'application : CHU de Bordeaux**  
**Emetteur : Direction du Système d'Information****IN-SIH-259****INSTRUCTION**Ind : 1  
Page :  
15/17

## **Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux**

Le Prestataire est informé qu'à des fins de sécurité et de contrôle, l'accès aux locaux du CHU DE BORDEAUX est protégé par des caméras de vidéosurveillance.

Ces caméras fonctionnent 24h/24, 7 jours/7. Elles n'enregistrent que les images et non le son associé aux images.

Des panneaux affichés dans les locaux sous vidéosurveillance précisent également la présence de caméras.

Ces images ne sont visionnées que par les personnes en charge de la sécurité du CHU DE BORDEAUX.

Les images sont conservées pour une durée maximale de un (1) mois, conformément à la législation.

Il est rappelé que le système de vidéosurveillance mis en place n'a pas pour objet la surveillance spécifique du Prestataire.

### **Article 15. Données à caractère personnel**

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, définit les conditions dans lesquelles des traitements de Données à caractère personnel peuvent être opérés.

Des traitements de Données automatisés et manuels sont effectués au sein du CHU DE BORDEAUX notamment dans le cadre des systèmes de contrôle prévus dans la présente charte.

Conformément aux dispositions de la loi précitée, ces traitements de Données à caractère personnel ont fait l'objet d'une déclaration ou d'une autorisation de la part de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour toute question relative à un traitement de Données personnelles le concernant, le Prestataire peut exercer ses droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression après avoir justifié de son identité, en s'adressant à la direction des affaires juridiques du CHU DE BORDEAUX :

S'adresser à :

Service CNIL

[Info.cnil@chu-bordeaux.fr](mailto:Info.cnil@chu-bordeaux.fr)

Ou par lettre simple à l'adresse suivante :

CHU DE BORDEAUX

Direction des Affaires Juridiques

12, rue Dubernat

33404 Talence cedex.

### **Article 16. Utilisation des services de téléphonie**

Des postes téléphoniques peuvent être mis à la disposition du Prestataire, au titre de l'exécution des missions qui lui sont confiées en vertu du contrat ou du marché.

Les postes téléphoniques sont réservés à des fins Professionnelles exclusivement.

Le Prestataire est informé qu'une consommation des services de téléphonie à des fins autres que l'exécution du contrat ou du marché pourra donner lieu à une refacturation à son égard des conversations téléphoniques identifiées comme n'ayant aucun rapport avec l'exécution des missions qui lui ont été confiées en vertu du contrat ou du marché.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 16/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Le Prestataire est informé que le système de téléphonie enregistre les numéros de téléphone entrants et sortants.

En outre, des relevés individuels téléphoniques sont établis tous les mois, toutefois, les quatre derniers chiffres des numéros sont occultés.

La DSI pourra accéder aux numéros complets des relevés téléphoniques en cas d'utilisation manifestement anormale du téléphone par le Prestataire.

Le Prestataire est informé que les données relatives à l'utilisation des services de téléphonie ne sont conservées que pour une durée maximale de un (1) an par la DSI, conformément à la législation en vigueur.

## Article 17. Outils de contrôles mis en place par le CHU de Bordeaux

Pour des raisons de sécurité et de bon fonctionnement du Système d'information et en particulier pour des raisons de confidentialité des données sensibles, le Prestataire est informé que le CHU DE BORDEAUX a mis en place un certain nombre d'outils lui permettant de surveiller et de contrôler l'utilisation de son Système d'information par les prestataires externes.

### 17.1 Contrôle de l'utilisation d'Internet

Le Prestataire est informé que des outils de contrôle sont mis en place afin d'enregistrer les données de connexion relatives à sa navigation sur Internet et notamment :

- l'identifiant du poste ;
- la fréquence d'accès ;
- le nombre de pages visitées ;
- la nature des pages visitées ;
- la date, l'heure et la durée de la connexion.

En cas de risque pour le Système d'information du CHU DE BORDEAUX ou d'usage contrevenant au règlement intérieur ou à la loi et à la réglementation en vigueur, des procédures judiciaires pourront être engagées envers le prestataire externe concerné, sur la base des informations recueillies.

### 17.2 Contrôle de la messagerie électronique Professionnelle et des espaces de stockage Professionnels du Prestataire

Le Prestataire est informé que le CHU DE BORDEAUX a la possibilité d'effectuer des contrôles relatifs aux dossiers et fichiers Professionnels créés par un Prestataire sur le Système d'information, en ce compris les supports de stockage amovible dès lors qu'il est connecté au Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

### 17.3 Contrôle de l'Equipement Professionnel

Le CHU DE BORDEAUX se réserve le droit de contrôler les données relevant des activités Professionnelles du Prestataire stockées sur l'Equipement professionnel mis à disposition du Prestataire par le CHU DE BORDEAUX.

### 17.4 Contrôle des accès aux systèmes et aux données

Le Prestataire est informé que ses connexions aux applications permettant d'avoir accès aux Données de santé des patients génèrent des traces informatiques pouvant être contrôlées par le CHU DE BORDEAUX dans les conditions prévues par la loi et la réglementation. L'exploitation des traces peut être faite a posteriori en cas d'incident constaté.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-259</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 17/17
<b>Charte du prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

## Article 18. Non- respect de la charte

Outre la résiliation éventuelle du contrat ou du marché, les infractions aux dispositions législatives et réglementaires ainsi que le non-respect de la présente charte sont susceptibles d'engager la responsabilité du Prestataire et, le cas échéant, des membres de son personnel, tant sur le plan civil que sur le plan pénal.

## Article 19. Dérogations aux règles définies dans la présente Charte

Les demandes spécifiques du Prestataire relatives à l'utilisation du Système d'information en dehors du périmètre de la présente Charte ou en contradiction avec les règles définies dans la Charte doivent être adressées directement au supérieur hiérarchique du membre du personnel du prestataire ainsi qu'à la DSI et au RSSI dans un document écrit et signé par le demandeur.

Le DSI et le RSSI communiqueront à la Direction Générale du CHU DE BORDEAUX les demandes de dérogation au respect des règles définies dans la présente Charte.

L'autorisation exceptionnelle ou le refus de la Direction générale de déroger aux règles de la présente Charte sera formalisé dans un document signé et daté par la Direction générale.

## Article 20. Information du Prestataire et des membres de son personnel

La présente charte est annexée au contrat ou au marché conclu entre le Prestataire et le CHU DE BORDEAUX.

Un exemplaire est adressé par le Prestataire à chacun des membres du personnel du Prestataire affectés à l'exercice de la ou des missions prévues par le contrat ou le marché.

## Article 21. Engagement du prestataire

Le prestataire reconnaît avoir pris connaissance de la présente charte, en accepte les stipulations et s'engage à s'y conformer à tout moment au titre de l'exécution du contrat ou du marché, et ce, pour l'ensemble des membres du personnel du Prestataire affectés à l'exercice de la ou des missions prévues par le contrat ou le marché.

L'acceptation de la présente charte nécessite la signature du document « **Engagement du Prestataire au respect de la Charte prestataire pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux - (EN-SIH-263)** » par le représentant du Prestataire.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 1/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

<b>TABLEAU DES EVOLUTIONS</b>		
<b>INDICE</b>	<b>DATE</b>	<b>MOTIF</b>
01	15/10/2014	Création

**Date d'application :**

<b>TABLEAU D'APPROBATION</b>					
	<b>POUR LE GROUPE D'ELABORATION</b>	<b>VALIDATION (fonction qualité)</b>	<b>AVIS EXPERT (facultatif)</b>	<b>APPROBATION (responsable d'activité)</b>	
Nom :	DUCHESNE S.	YONCOURT J.		DELENGAIGNE H.	ALTUZARRA V.
Fonction :	RSSI	Resp. Qualité		Dir. Technique	Directrice
Date :	15/10/2014	15/10/2014		15/10/2014	15/10/2014
Signature :					



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 2/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>ARTICLE 1. DEFINITIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>ARTICLE 2. CHAMP D'APPLICATION .....</b>	<b>5</b>
<b>ARTICLE 3. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA SECURITE DE L'INFORMATION .....</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 4. ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION .....</b>	<b>6</b>
<b>ARTICLE 5. UTILISATION D'INTERNET.....</b>	<b>10</b>
<b>ARTICLE 6. UTILISATION DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE .....</b>	<b>10</b>
<b>ARTICLE 7. OUTILS DE CONTROLES MIS EN PLACE PAR LE CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>13</b>
<b>ARTICLE 8. FICHIERS ET REPERTOIRES CREES PAR L'UTILISATEUR .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 9. PERIPHERIQUES MOBILES MIS A LA DISPOSITION DES UTILISATEURS .....</b>	<b>14</b>
<b>ARTICLE 10. CONNEXION DE L'EQUIPEMENT MOBILE PERSONNEL DES UTILISATEURS AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX.....</b>	<b>15</b>
<b>ARTICLE 11. CONNEXION A DISTANCE AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX .....</b>	<b>16</b>
<b>ARTICLE 12. UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION A DES FINS DE TELEMEDECINE .....</b>	<b>17</b>
<b>ARTICLE 13. PROTECTION DU SYSTEME D'INFORMATION .....</b>	<b>18</b>
<b>ARTICLE 14. MEDIAS SOCIAUX, FORUMS DE DISCUSSION, BLOGS, SITES INTERNET .....</b>	<b>20</b>
<b>ARTICLE 15. CONFIDENTIALITE .....</b>	<b>21</b>
<b>ARTICLE 16. SECRET MEDICAL ET PROFESSIONNEL .....</b>	<b>22</b>
<b>ARTICLE 17. BADGES.....</b>	<b>22</b>
<b>ARTICLE 18. VIDEOSURVEILLANCE .....</b>	<b>23</b>
<b>ARTICLE 19. DONNEES A CARACTERE PERSONNEL.....</b>	<b>23</b>
<b>ARTICLE 20. UTILISATION DES SERVICES DE TELEPHONIE.....</b>	<b>24</b>
<b>ARTICLE 21. NON- RESPECT DE LA CHARTE .....</b>	<b>24</b>
<b>ARTICLE 22. DEROGATIONS AUX REGLES DEFINIES DANS LA PRESENTE CHARTE .....</b>	<b>24</b>
<b>ARTICLE 23. INFORMATION DES UTILISATEURS .....</b>	<b>25</b>

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 3/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## PREAMBULE

Le CHU de Bordeaux, établissement hospitalo-universitaire de référence régionale et interrégionale, affirme sa place au service de tous, en s'inscrivant dans une ambition à triple dimension d'être un CHU «humain, performant et innovant». Il se développe autour des 3 principales missions qui sont :

- Le soin, par les activités de service public de proximité et les activités de recours ;
- La recherche, en participant activement au développement des techniques et des innovations ;
- L'enseignement, en contribuant à la formation universitaire et post-universitaire des Professionnels de santé.

Pour mener à bien ces missions, et en lien avec le développement de l' « hôpital numérique », le CHU de Bordeaux s'appuie de plus en plus fortement sur un Système d'Information qui se doit d'être fiable, sécurisé et performant.

En effet, le Système d'Information est exposé à de nombreux risques (malveillance, erreurs, dysfonctionnement, accidents, etc.) pouvant impacter la prise en charge des patients et la qualité des soins, l'image du CHU de Bordeaux et la confiance dans les espaces numériques de santé.

Afin de maîtriser ces risques, une démarche de sécurisation du Système d'Information est mise en œuvre au sein du CHU de Bordeaux. Ses principaux objectifs sont les suivants :

- Assurer la disponibilité du Système d'information et la fiabilité des données afin d'assurer la sûreté des soins et la continuité des activités métiers critiques ;
- Garantir la confidentialité des données patients, du personnel ainsi que les données stratégiques de l'établissement;
- Préserver l'image du CHU afin de garantir la confiance des patients, des Professionnels de santé, des partenaires et des institutions,
- Garantir la conformité aux lois et réglementations en vigueur.

Cette démarche repose sur des moyens techniques et organisationnels, mais également sur le bon usage des systèmes et sur la vigilance de tous : Professionnels de santé, agents administratifs, chercheurs, enseignants, étudiants, stagiaires, etc.

La présente charte a donc pour objectif de décrire les règles d'utilisation ou d'autorisation d'accès au Système d'information mis à disposition des utilisateurs par le CHU de Bordeaux conformément au cadre légal et réglementaire en vigueur, en fonction des besoins métiers, et dans le respect des libertés de chacun.

Elle précise les droits et les devoirs de chacun lors de l'usage du Système d'Information et informe les utilisateurs sur les mesures de contrôle en place.

L'utilisation de nouvelles technologies dans un établissement de santé peut présenter des risques tant pour le CHU DE BORDEAUX que pour les Utilisateurs du Système d'information (divulgaration d'informations confidentielles et/ou protégées par le secret médical et professionnel, risques financiers, atteinte à l'image, implication du CHU de Bordeaux suite à des infractions commises sur le Système d'information, poursuites pour négligence ou imprudence, complicité de fraude, atteinte à des droits de propriété intellectuelle, etc.)

La réalisation de ces risques peut engager la responsabilité civile ou pénale tant du CHU DE BORDEAUX que des Utilisateurs du Système d'information de l'établissement de santé.

Afin de se prémunir du mieux possible contre ces risques, il est nécessaire de respecter un certain nombre de règles de base pour assurer le bon fonctionnement, la sécurité, la confidentialité et la fiabilité en toutes circonstances du Système d'information et ce, dans le respect des libertés de chacun.

L'objectif de ces règles est notamment de limiter les risques pouvant impacter la qualité des soins proposés aux patients du CHU de Bordeaux. L'objectif est également de prévenir la divulgation d'informations sensibles à des personnes non autorisées ou les intrusions de tiers dans tout ou partie du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 4/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Dans le cadre de ses activités, le CHU DE BORDEAUX est amené à exploiter des données à caractère personnel sensibles telles que les données relatives à la santé de ses patients.

Les Utilisateurs du Système d'information du CHU DE BORDEAUX habilités à consulter ces Données de santé sont astreints au respect du secret médical et professionnel.

Il appartient à ces Utilisateurs de veiller au respect des règles énumérées au sein de la présente Charte afin de garantir la confidentialité des données et en particulier des Données de santé.

La présente Charte s'inscrit dans le prolongement des différentes politiques mises en œuvre par le CHU DE BORDEAUX, à savoir notamment :

- Politique cadre de sécurité du système d'information ;
- Politique d'autorisation d'accès au système d'information ;
- Politique d'intégration de la sécurité dans les projets ;
- Politique d'utilisation des équipements personnels ;
- Politique de filtrage des accès à Internet ;
- Politique de sauvegarde.

Cette liste non exhaustive des politiques du CHU se trouve également sur le site intranet de l'établissement de santé à l'adresse « <http://portailchu.chu-bordeaux.fr> » et sur le site sharepoint de la DSI à l'adresse « <http://sharepoint.chu-bordeaux.fr/dsi> ».

La présente Charte a notamment pour objet :

- d'informer les Utilisateurs sur les règles d'utilisation du Système d'information mis à leur disposition par le CHU DE BORDEAUX en cohérence avec les enjeux métiers du CHU de Bordeaux ;
- de rappeler les droits et obligations de chacun lors de l'emploi du Système d'information conformément aux lois et réglementations en vigueur ;
- de faire connaître les moyens de contrôle mis en place, lorsqu'ils s'avèrent indispensables.

C'est la raison d'être des dispositions suivantes qui s'imposent à tout Utilisateur du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

## ARTICLE 1. DEFINITIONS

Les termes employés avec une majuscule dans la présente Charte ont la signification qui leur est donnée ci-après.

« **Chaine Décisionnelle** » : en cas de question ou de difficulté portant sur la présente Charte ou en cas de demande d'autorisation en application de la présente Charte, l'Utilisateur devra contacter la Direction des Systèmes d'Information et, en parallèle, le Responsable hiérarchique dont il dépend ;

« **Données à caractère personnel** » : désigne toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres ;

« **Données de santé** » : désigne les Données à caractère personnel relatives à la santé des personnes comprenant, notamment, les données produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soin d'un Professionnel de santé et tout élément de nature à caractériser la santé d'une personne ;

« **Equipement(s) Mobiles Personnel(s)** » : désigne tout équipement (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles etc.) propriété de l'Utilisateur, et connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 5/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

«**Equipement(s) Mobiles Professionnel(s)**» : désigne tout équipement mobile (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles etc.) mis à disposition des Utilisateurs par le CHU DE BORDEAUX connecté sur site ou à distance, au Système d'information du CHU DE BORDEAUX ;

« **Personnel** » : désigne l'identification par l'Utilisateur de tout message électronique, tout fichier ou tout répertoire à des fins autres que relevant de ses activités Professionnelles et/ou syndicales ;

« **Professionnel** » : désigne tout ce qui concerne l'utilisation du Système d'information du CHU DE BORDEAUX à des fins professionnelles (pour les agents du CHU et stagiaires), pédagogiques et de recherche (pour les enseignants, étudiants et chercheurs) ;

« **Système d'information** » : désigne le système d'information du CHU de BORDEAUX dans son ensemble, composé :

- i) d'éléments physiques tels que notamment des serveurs, , baie de stockage, firewalls, équipements réseaux, interconnexions réseaux (en ce compris les raccordements opérateurs), des ordinateurs (fixes ou portables), Equipement(s) mobile professionnels(s), Equipement(s) mobile personnel(s) des Utilisateurs, tout périphérique et tout autre matériel informatique, connectique ou bureautique en ce compris les plateformes, câbles du réseau, fax, photocopieurs, téléphones (fixes ou portables, Smartphones, etc.), scanners, imprimantes, etc. et ;
- ii) d'éléments logiques tels que notamment les systèmes d'exploitation, logiciels, progiciels, applications, fichiers, données et bases de données, intranet, extranet, système de messagerie, etc.

« **Personnel administratifs** » : désigne tous les professionnels du CHU DE BORDEAUX autres que les Professionnels de santé ;

« **Professionnels de santé** » : désigne les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi ;

« **Syndical** » : désigne tout ce qui concerne l'activité syndicale de l'Utilisateur ;

« **Utilisateur** » : désigne toute personne physique ayant accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX en quelque lieu que ce soit et quel que soit son statut, en ce compris :

- les agents titulaires et contractuels du CHU DE BORDEAUX concourant à l'exécution des missions du service public hospitalier,
- les étudiant(e)s rémunéré(e)s ou non par le CHU DE BORDEAUX,
- les stagiaires ;
- les enseignants ;
- les chercheurs.

## ARTICLE 2. CHAMP D'APPLICATION

La présente Charte s'applique à l'ensemble des Utilisateurs qui utilisent le Système d'information du CHU DE BORDEAUX, tant en interne que par l'intermédiaire d'un accès distant.

La présente Charte relative à l'utilisation du Système d'information n'est pas applicable aux prestataires externes du CHU DE BORDEAUX. Ceux-ci font l'objet d'une charte spécifique, sauf dispositions contraires prévues entre le CHU DE BORDEAUX et le prestataire.

Une Charte de l'enseignement et de la recherche applicable aux étudiants, enseignants et chercheurs ayant accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX et Une Charte Administrateur spécifique aux administrateurs du CHU DE BORDEAUX viennent compléter la présente Charte.



<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 6/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>	

## **ARTICLE 3. CADRE REGLEMENTAIRE DE LA SECURITE DE L'INFORMATION**

La présente Charte tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur et des droits et libertés reconnus aux Utilisateurs.

Le cadre réglementaire de la sécurité de l'information porte notamment sur les grands thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données, et plus précisément :
  - Le traitement de Données à caractère personnel et le respect de la vie privée ;
  - Le traitement de Données de santé.
- Le droit d'accès des patients et des Professionnels de santé aux Données de santé ;
- Le secret médical et professionnel ;
- Le secret des correspondances ;
- La Protection des systèmes d'information ;
- La responsabilité en matière de transmission des informations ;
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La sécurité de l'information est caractérisée comme étant la préservation de :

- **La disponibilité** de l'information : l'information doit être accessible à l'Utilisateur, quand celui-ci en a besoin;
- **L'intégrité** de l'information : l'information doit être exacte, exhaustive et conservée intacte pendant sa durée de vie;
- **La confidentialité** de l'information : l'information ne doit être accessible qu'aux personnes autorisées à y accéder ;
- **L'auditabilité** de l'information : la traçabilité des informations est assurée au travers d'un dispositif organisationnel et technique de piste d'audit. A ce titre, le Système d'information intègre des outils permettant le traçage des accès et des opérations effectuées sur l'information à des fins de reconstitution et de preuve.

## **ARTICLE 4. ACCES AU SYSTEME D'INFORMATION**

Le Système d'information mis à la disposition des Utilisateurs du CHU DE BORDEAUX est réservé à l'exercice de leurs activités Professionnelles, à savoir notamment : les activités de soins, de recherches, d'enseignements, de développements techniques, de transferts de technologies, de diffusion d'informations scientifiques, techniques et culturelles, d'expérimentations de nouveaux services présentant un caractère d'innovation technique, mais également toute activité administrative et de gestion découlant ou accompagnant ces activités.

### **4.1 Règles d'accès**

#### **4.1.1 Règles générales d'accès**

L'accès au Système d'information tels que la messagerie électronique, les sessions sur les postes de travail, le réseau ou certaines applications, est protégé par des paramètres spécifiques de connexion.

Ces paramètres de connexion sont généralement composés d'un identifiant et d'un mot de passe ou d'un dispositif d'authentification forte, auxquels correspondent des droits d'accès dont l'étendue varie en fonction de la catégorie d'Utilisateur.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 7/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les règles d'identification des Utilisateurs sont énumérées au sein de la Procédure de gestion des accès du CHU DE BORDEAUX.

Ces identifiant et mot de passe doivent respecter un certain degré de sécurité conformément aux dispositions de la Politique d'autorisation et d'accès aux applications du CHU DE BORDEAUX.

Des consignes de sécurité ont été élaborées par la DSI afin de recommander les bonnes pratiques en la matière (cf. Politique de sécurité de l'information, dans sa dernière version en vigueur).

Tous ces paramètres de connexion sont personnels, inaccessibles et doivent être gardés confidentiels. Ils ne doivent pas être communiqués ni partagés avec des tiers, pour quelque raison que ce soit, sauf hypothèses d'absence mentionnées au paragraphe 4.2 ci-après.

Ces paramètres doivent être mémorisés par l'Utilisateur et ne pas être conservés de manière lisible sous quelque forme que ce soit. Ils doivent être saisis par l'Utilisateur à chaque accès et ne pas être conservés en mémoire dans le Système d'information de façon non sécurisée.

La saisie de l'identifiant et du mot de passe de l'Utilisateur vaut preuve de son accès au Système d'information. L'Utilisateur reconnaît, en conséquence, être responsable de l'utilisation de ses paramètres de connexion.

Si un Utilisateur a connaissance d'une utilisation non autorisée ou détournée de son identifiant ou mot de passe, il doit en informer la Chaîne Décisionnelle dès qu'il en a connaissance. L'Utilisateur doit également changer de mot de passe sans délai.

#### **4.1.2 Règles d'accès spécifiques aux Données de santé**

La présente Charte reprend certaines règles spécifiques d'accès à des applications sensibles du CHU DE BORDEAUX telles que les applications contenant des Données de santé.

Ces règles d'accès spécifiques à des applications sensibles sont développées plus en détail au sein de la dernière version de la Politique d'autorisation et d'accès aux applications des accès des Utilisateurs et son annexe.

##### **4.1.2.1 Règles de consultation et de partage des Données de santé**

Le CHU DE BORDEAUX héberge des Données de santé sur les patients qu'il prend en charge.

Les Utilisateurs sont informés que les Données de santé auxquelles ils ont accès sont des données considérées comme « sensibles » au sens de la loi Informatique et Libertés et sont protégées par le secret médical.

Compte-tenu de leur caractère sensible, la consultation et le partage des Données de santé sont strictement limités par la loi (Code de la santé publique, Code de la Sécurité Sociale, loi Informatique et Libertés, ...).

Selon l'Article L. 1110-4 alinéa 3 du Code de la santé publique, dans le cadre de la prise en charge d'une personne dans un établissement de santé, les destinataires des Données de santé sont :

*« Les membres de l'équipe de soins, à savoir les personnes habilitées à échanger des informations sur le patient afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».*

Dans ce contexte, seuls les Professionnels de santé impliqués dans **la prise en charge directe** du patient afin d'assurer la continuité des soins sont autorisés à consulter les données de santé du patient ou peuvent être destinataires de Données de santé. **Toute consultation ou utilisation de données de santé non justifiée par la prise en charge du patient est formellement prohibée.**

Le Personnel administratif peut avoir accès aux informations administratives du dossier patient voir aux Données de santé selon le profil métier de l'Utilisateur et selon les règles strictement définies dans la Politique d'autorisation et d'accès aux applications du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 8/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les Utilisateurs sont informés que seules les personnes désignées et habilitées par la loi peuvent lire et échanger les Données de santé des patients.

Les autorisations et habilitations octroyées par le CHU de Bordeaux telles que décrites dans la dernière version de la Politique de gestion des accès du CHU DE BORDEAUX permettant aux personnes qualifiées d'accéder aux Données de santé s'effectuent dans le cadre des dispositions légales et réglementaires encadrant strictement l'accès aux Données de santé.

La Politique d'autorisation et d'accès aux applications du CHU DE BORDEAUX a mis en place un système d'attribution de gabarits selon le profil des Utilisateurs comme les aides-soignantes ou les infirmières permettant d'affecter les autorisations d'accès aux applications sensibles.

Les Utilisateurs s'interdisent de consulter des informations pour lesquelles ni leur rôle ni leur champ de compétence ne leur donnent de droits particuliers.

#### **4.1.2.2 Modalités d'accès et de partage des Données de santé des patients**

Conformément au Décret du 15 mai 2007 définissant les règles relatives à la conservation sur support informatique des Données de santé et à leur transmission par voie électronique entre professionnels, les Professionnels de santé du CHU DE BORDEAUX ont l'obligation d'utiliser la Carte de Professionnel de santé ou un dispositif équivalent en cas de transmission de Données de santé par voie électronique.

La Carte de Professionnel de santé ou le dispositif équivalent permet ainsi aux Professionnels de santé notamment de :

- Apposer leur signature électronique sur des documents ;
- Transmettre les feuilles de soins électroniques aux organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires ;
- Créer, alimenter et consulter les Données de santé;
- Réaliser des actes médicaux à distance (télémédecine) ;
- Utiliser la messagerie sécurisée des Professionnels de santé.

La Carte de Professionnel de santé ou le dispositif équivalent est un outil obligatoire imposé dans le cadre du partage de l'information médicale.

## **4.2 Gestion des absences et des départs**

### **4.2.1 Absence de l'Utilisateur**

Chaque Utilisateur doit veiller à ce que la continuité du service soit assurée conformément aux modalités d'organisation définies par le CHU de BORDEAUX.

En cas d'absence de l'Utilisateur (congrés, maladie, etc.), celui-ci peut être sollicité par la Chaîne Décisionnelle afin de lui communiquer ses identifiant et mot de passe, lorsque les informations détenues par l'Utilisateur sur son poste de travail sont nécessaires à la poursuite et/ou au bon fonctionnement de l'activité du service auquel appartient l'Utilisateur.

Dans une telle hypothèse, l'Utilisateur devra expressément autoriser la Chaîne Décisionnelle à accéder à son poste de travail en reprenant le modèle d'autorisation ci-après et en suivant la procédure de délégation de boîte aux lettres associée.

*« Je soussigné (Nom, prénom, fonction) autorise (Nom, prénom, fonction) à accéder à mon poste de travail en mon absence afin de permettre la poursuite de l'activité du service/département auquel j'appartiens. En cas d'urgence, s'il y a lieu, j'accepte de communiquer mon identifiant et mon mot de passe à cette seule personne et m'engage, dès que possible, à la première connexion, à changer de mot de passe ».*

Dans tous les cas qui requièrent l'urgence et en l'absence de possibilité pour l'Utilisateur d'autoriser expressément la Chaîne Décisionnelle à accéder à son poste de travail, l'Utilisateur accepte que son mot de passe sur son poste de travail ainsi que sur sa messagerie électronique soit automatiquement réinitialisé afin de permettre au CHU DE

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 9/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

BORDEAUX d'accéder à son poste de travail dès lors que les informations sont nécessaires à la poursuite et/ou au bon fonctionnement de l'activité du service auquel appartient l'Utilisateur.

En cas d'urgence, sur requête de la Chaîne Décisionnelle, l'Utilisateur peut être amené à communiquer temporairement son mot de passe afin qu'il puisse être accédé sur son poste aux informations nécessaires au traitement de l'urgence.

L'Utilisateur devra impérativement changer son mot de passe dès son retour ou à l'issue du traitement de l'urgence.

Les autorisations d'accès au Système d'information sont retirées aux agents absents pour longue durée (voir le détail des codes absence en annexe de la Politique d'autorisation et d'accès aux applications des accès). Les personnes absentes souhaitant maintenir leur connexion doivent adresser une demande de dérogation à la DSI avec l'accord du responsable hiérarchique.

Une suspension permet de conserver les informations du compte (login, adresse mail) et de les réactiver au retour de l'agent. A l'inverse, la révocation induit une destruction définitive des informations du compte.

Dès le retour de l'Utilisateur ou à l'issue du traitement de l'urgence, la réouverture des droits est conditionnée par la modification du code absence par la DRH ou par la Direction des Affaires Médicales.

L'Utilisateur devra impérativement changer son mot de passe dès son retour ou à l'issue du traitement de l'urgence.

En cas d'absence prévisible temporaire du CHU DE BORDEAUX (congé, RTT, etc.) l'Utilisateur doit, le jour de son départ, supprimer de sa messagerie électronique tous les messages reçus ou envoyés et identifiés comme étant personnels et devra en faire de même avec ses fichiers personnels qui se trouvent sur son poste de travail. S'il ne souhaite pas les supprimer, l'Utilisateur devra les sauvegarder sur un espace qu'il aura identifié comme étant personnel et dédié à cet effet.

#### **4.2.2 Départ de l'Utilisateur**

En cas de départ définitif du CHU DE BORDEAUX (départ en retraite, mutation, fin de contrat, démission, licenciement, etc.), l'Utilisateur est informé par la présente Charte, que son profil est désactivé après son départ dans les meilleurs délais.

L'Utilisateur devra, en conséquence, prendre soin de supprimer de sa messagerie électronique tous les messages reçus ou envoyés et identifiés comme étant personnels et devra en faire de même avec ses fichiers personnels qui se trouvent sur son poste de travail ainsi que sur le réseau.

Durant cette période, la Chaîne Décisionnelle aura accès au profil de l'Utilisateur pour les besoins de la poursuite de l'activité du Service.

Tout message ou fichier personnel qui n'aurait pas été supprimé par l'Utilisateur de son poste de travail le jour de son départ sera réputé relevant de ses activités Professionnelles. Celui-ci ne lui sera pas restitué et pourra, le cas échéant, être supprimé. En cas de suppression ou de perte de messages ou de fichiers appartenant à l'Utilisateur que celui-ci n'aura pas pris la peine de supprimer, la responsabilité de CHU DE BORDEAUX ne pourra pas être recherchée.

Les données hébergées sur les serveurs du CHU DE BORDEAUX sont conservées pendant une durée variant selon la loi applicable, les délais de prescription applicables et enfin selon la nature ou le type de document envisagé. La restauration des données archivées est sous la responsabilité du CHU DE BORDEAUX.

Enfin, en tant que de besoin, il est rappelé à l'Utilisateur qu'il lui est strictement interdit de transformer des messages/fichiers relevant de ses activités Professionnelles en correspondance ou document Personnel.

De plus, l'Utilisateur devra restituer avant son départ tous les moyens informatiques et de communications électroniques qui lui auront été confiés (poste de travail, téléphone, badge, etc.).

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 10/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## ARTICLE 5. UTILISATION D'INTERNET

### 5.1 Utilisation d'Internet à des fins Professionnelles

Par principe, et sous réserve des tolérances mentionnées à l'article 5.2, l'accès Internet est mis à la disposition des Utilisateurs, à des fins professionnelles (pour les agents du CHU et stagiaires), pédagogiques et de recherche (pour les enseignants, étudiants et chercheurs).

En conséquence, l'Utilisateur est autorisé à utiliser Internet pour les seuls besoins de ses activités Professionnelles et dans le respect de la législation en vigueur.

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité Professionnelle de l'Utilisateur.

### 5.2 Utilisation d'Internet à des fins Personnelles

L'accès à Internet à des fins autres que Professionnelles n'est admis que dans la mesure où cette navigation n'affecte pas l'exercice de ses fonctions par l'Utilisateur, n'entrave pas la sécurité ou les performances des réseaux, ne gêne pas la bonne marche du CHU DE BORDEAUX ni ne porte atteinte à son image ou ses intérêts pendant ou en dehors des heures de travail.

### 5.3 Utilisation d'Internet interdite

En tant que de besoin, il est rappelé que la consultation et/ou le téléchargement de contenu(s) à caractère pornographique, contraire aux bonnes mœurs, raciste, négationniste, révisionniste, incitant à la commission de crimes, de délits, ou d'infractions à la législation est strictement interdit et susceptible de poursuites pénales.

L'écoute de stations radiophoniques via Internet, le téléchargement de fichiers musicaux, de vidéos, de logiciels de jeux quel qu'en soit le format, à des fins autres que Professionnelles, sont strictement prohibés dans la mesure où d'une part, ils peuvent gêner le fonctionnement du Système d'information du CHU DE BORDEAUX en raison de l'encombrement qu'ils génèrent, tant en termes de volume de flux sur le réseau qu'en termes de place occupée sur les disques et d'autre part, parce que ces téléchargements sont soumis à des régimes juridiques spécifiques pouvant engager la responsabilité du CHU DE BORDEAUX en cas de non-respect.

Il en est de même, d'une manière générale, de tous les contenus illicites ou pouvant, pour des raisons de sécurité, porter atteinte à l'image ou aux intérêts du CHU DE BORDEAUX.

Enfin, pour des raisons de sécurité et de responsabilité ou encore de disponibilité du Système d'information (bande passante, etc.), l'accès à certains sites pourra être limité ou prohibé par le CHU DE BORDEAUX.

## ARTICLE 6. UTILISATION DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE

### 6.1 Utilisation de la messagerie électronique dans le cadre des activités, Professionnelles

Les comptes de messagerie (adresses électroniques) sont attribués à tous les Utilisateurs en exprimant le besoin auprès du centre d'appels de la DSI (Tel : 41 950). Pour les Utilisateurs partageant les postes de travail, l'accès à la messagerie doit être réalisé en mode Web Mail depuis le portail intranet du CHU (icône  du portail).

L'usage de la messagerie électronique [prenom.nom@chu-bordeaux.fr](mailto:prenom.nom@chu-bordeaux.fr) est, par principe, réservé pour l'exercice des activités Professionnelles. Ainsi, le CHU DE BORDEAUX peut être amené, en cas de besoin, à accéder, sur la

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 11/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

messagerie électronique d'un Utilisateur, aux messages reçus et envoyés, sans autorisation de l'Utilisateur et hors la présence de ce dernier.

Toutefois, l'usage de la messagerie, à des fins Personnelles, est toléré s'il est conforme aux stipulations du paragraphe 6.2.

L'attention des Utilisateurs est attirée sur le fait qu'un message électronique laisse des traces et peut notamment être stocké, réutilisé, exploité à des fins auxquelles l'Utilisateur n'aurait pas pensé en le rédigeant.

Un message électronique peut constituer un indice, un commencement de preuve par écrit ou une preuve et être susceptible d'engager la responsabilité civile ou pénale du CHU DE BORDEAUX et/ou de l'Utilisateur.

Il est fortement recommandé aux Utilisateurs d'éviter de répondre au message en joignant les pièces jointes initiales et ne pas utiliser son adresse CHU DE BORDEAUX pour s'inscrire sur Internet.

Lors de l'utilisation de la messagerie, l'Utilisateur s'engage à respecter la plus grande correction dans les échanges électroniques, tant en interne qu'en externe.

L'Utilisateur veille à ne pas émettre d'opinions personnelles étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice au CHU DE BORDEAUX ou à des tiers.

L'Utilisateur veille à ne pas usurper l'identité d'une autre personne afin, par exemple, d'intercepter des communications entre tiers.

L'Utilisateur est informé que, pour des raisons de sécurité du Système d'information, les messages électroniques envoyés et reçus sur la messagerie électronique font l'objet d'un contrôle antiviral et d'un filtrage anti-spam.

Malgré ce contrôle, les Utilisateurs sont invités à ne pas ouvrir les messages et les pièces jointes, qui leur semblent avoir une origine inconnue ou douteuse. Il est recommandé aux Utilisateurs de consulter la Chaîne Décisionnelle en cas de doute.

L'Utilisateur s'engage à ne pas participer à des « chaînes » de messages (messages prétendument charitables ou qui laissent entrevoir des gains financiers ou autres) ou retransmettre un message à tous les Utilisateurs qu'il connaît.

En cas de réception à tort d'un message électronique interne destiné à une autre personne, l'Utilisateur doit le renvoyer à son expéditeur en indiquant l'erreur d'adresse et doit le supprimer de sa boîte de réception, de ses éléments envoyés et de sa corbeille. Si le contenu de ce message était confidentiel, l'Utilisateur s'interdit d'en faire état à quiconque, en interne comme en externe.

Par ailleurs, il est interdit de re-router sa messagerie personnelle en direction de sa messagerie CHU DE BORDEAUX.

Il est également interdit de re-router sa messagerie CHU DE BORDEAUX en direction d'une messagerie personnelle, sauf autorisation expresse de la Chaîne Décisionnelle.

Il est rappelé aux Utilisateurs qu'Internet n'apporte pas une garantie totale d'acheminement des messages ni des délais d'acheminement de ceux-ci.

Le risque de retard, de non remise ou de suppression automatique des messages électroniques doit être pris en considération pour l'envoi de correspondances importantes. Les messages importants sont envoyés avec un accusé de réception.

Les Utilisateurs habilités à avoir accès aux Données de santé des patients sont informés qu'il leur est strictement interdit d'échanger des Données de santé avec un tiers extérieur au CHU DE BORDEAUX par le biais de leur messagerie.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 12/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Le transfert de Données de santé en dehors du CHU DE BORDEAUX ne peut se faire que par le biais d'une messagerie sécurisée autorisée par le CHU DE BORDEAUX ou en utilisant des mesures de sécurité particulières (ex : Axcrypt, Cryptonit, Truecrypt).

La messagerie électronique n'a pas pour vocation de stocker les documents. La sauvegarde sur un support dédié à cet usage (outil de gestion documentaire, partage réseau, etc.) est à la charge de l'utilisateur. La DSI ne couvre pas le risque de perte de données sur la messagerie électronique.

## 6.2 Utilisation Personnelle de la messagerie

L'utilisation de la messagerie électronique à des fins Personnelles est tolérée, à condition de respecter la législation en vigueur, la jurisprudence de la Cour de Cassation et de respecter les principes posés dans la présente Charte d'utilisation du Système d'information.

Les messages à caractère personnel envoyés par l'Utilisateur, par le biais de sa messagerie CHU DE BORDEAUX, doivent être signalés par la mention « Personnel » dans leur objet et être classés dès l'envoi dans un dossier lui-même dénommé « Personnel ».

De même, les messages reçus doivent être classés, dès réception, dans un dossier dénommé « Personnel ».

Si un message est identifié comme étant « Personnel », le CHU DE BORDEAUX ne peut y avoir accès qu'en présence de l'Utilisateur et avec son accord, sauf en cas de risque ou d'évènement particulier, si l'Utilisateur a été prévenu.

A défaut d'avoir été identifié comme étant « Personnel », le message est réputé entré dans le cadre des activités Professionnelles de l'Utilisateur.

Il est vivement recommandé à l'Utilisateur de créer un espace intitulé « Personnel » au sein de la messagerie dans lequel il pourra stocker les messages qu'il considère comme étant privés ou personnels.

En tant que de besoin, il est rappelé que l'Utilisateur ne saurait transformer des messages relevant de ses activités Professionnelles en correspondance qualifiée de « privée » ou « Personnelle ». Toute démarche qui consisterait à qualifier de « privé » ou « personnel » un message dans le seul but de le soustraire à la lecture du CHU DE BORDEAUX caractériserait un manquement de l'Utilisateur à ses obligations et constituerait une faute susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

En cas de manquement à ces règles, les messages envoyés par le biais de la messagerie CHU DE BORDEAUX sont présumés relever des activités Professionnelles de l'Utilisateur concerné. Le CHU DE BORDEAUX peut y accéder librement, sans autorisation de l'Utilisateur et hors la présence de ce dernier.

## 6.3 Utilisation à des fins Syndicales de la messagerie dédiée aux activités syndicales

L'utilisation de la messagerie électronique dédiée aux activités syndicales est autorisée par le CHU DE BORDEAUX dans le cadre d'adresses dédiées, et ce, à l'exception de la mise à disposition des publications et tracts de nature syndicale, et à condition de respecter la législation en vigueur, la jurisprudence de la Cour de Cassation et de respecter les principes posés dans la présente Charte d'utilisation du Système d'information.

L'utilisation de la messagerie électronique dédiée aux activités syndicales doit être compatible avec les exigences de bon fonctionnement du réseau informatique du CHU DE BORDEAUX et ne pas entraver l'accomplissement du travail au sein du CHU de Bordeaux.

### 6.3.1 Par l'Utilisateur non membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel

Les messages reçus par l'Utilisateur non membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel provenant d'un membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel doivent être classés, dès réception, dans un dossier dénommé « Syndical ».

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 13/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Si un message est identifié comme étant « Syndical », le CHU DE BORDEAUX ne peut y avoir accès qu'en présence de l'Utilisateur, sauf en cas de risque ou d'évènement particulier si l'Utilisateur a été prévenu.

A défaut d'avoir été identifié comme étant « Syndical », le message est réputé relever des activités Professionnelles de l'Utilisateur concerné.

### **6.3.2 Par l'Utilisateur membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel**

Les messages électroniques adressés par l'Utilisateur membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel doivent être envoyés uniquement par le biais de sa messagerie dédiée aux activités syndicales.

Les messages de nature syndicale doivent être classés dans un dossier dénommé « Syndical ».

A défaut d'identification et de classement dans un dossier dénommé « Syndical » l'Utilisateur membre d'une organisation syndicale ou d'une instance représentative du personnel, le message est réputé relever des activités Professionnelles de l'Utilisateur.

### **6.3.3 Droit d'opposition**

L'Utilisateur peut s'opposer à tout moment à l'envoi de message syndical sur sa messagerie électronique. Ce droit doit être rappelé dans tout message ultérieur afin de permettre à l'Utilisateur, à tout moment, de s'opposer à la réception de messages de nature syndicale.

## **ARTICLE 7. OUTILS DE CONTROLES MIS EN PLACE PAR LE CHU DE BORDEAUX**

Pour des raisons de sécurité et de bon fonctionnement du Système d'information et en particulier pour des raisons de confidentialité des données sensibles, les Utilisateurs sont informés que le CHU DE BORDEAUX a mis en place un certain nombre d'outils lui permettant de surveiller et de contrôler l'utilisation de son Système d'information par les Utilisateurs.

### **7.1 Contrôle de l'utilisation d'Internet**

Les Utilisateurs sont informés que des outils de contrôle sont mis en place afin d'enregistrer les données de connexion relatives à leur navigation sur Internet et notamment :

- l'identifiant du poste ;
- la fréquence d'accès ;
- le nombre de pages visitées ;
- la nature des pages visitées ;
- la date, l'heure et la durée de la connexion.

En cas de risque pour le Système d'information du CHU DE BORDEAUX ou d'usage contrevenant au règlement intérieur ou à la loi et à la réglementation en vigueur, des sanctions procédures disciplinaires ou judiciaires pourront être engagées envers l'Utilisateur concerné, sur la base des informations recueillies.

### **7.2 Contrôle de la messagerie électronique professionnelle et des espaces de stockage professionnels des Utilisateurs**

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 14/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les Utilisateurs sont informés que le CHU DE BORDEAUX a la possibilité d'effectuer des contrôles relatifs aux dossiers et fichiers Professionnels créés par un Utilisateur sur le Système d'information, en ce compris les supports de stockage amovible dès lors qu'ils sont connectés au Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

### 7.3 Contrôle de l'Equipe mobile professionnel des Utilisateurs

Conformément à sa politique de sécurité propre aux Equipements mobiles professionnels, le CHU DE BORDEAUX se réserve le droit de contrôler les données relevant des activités Professionnelles des Utilisateurs stockées sur l'Equipe mobile professionnel mis à disposition des Utilisateurs par le CHU DE BORDEAUX.

### 7.4 Contrôle des accès aux Données de santé

Les Utilisateurs sont informés que leurs connexions aux applications permettant d'avoir accès aux Données de santé des patients génèrent des traces informatiques pouvant être contrôlées par le CHU DE BORDEAUX dans les conditions prévues par la loi et la réglementation. L'exploitation des traces peut être faite soit en cas de suspicion d'incident, soit dans le cadre de contrôles aléatoires (par échantillonnage) réalisés par le CHU DE BORDEAUX, soit par le biais de contrôles automatisés permettant de vérifier la conformité aux règles de sécurité.

## ARTICLE 8. FICHIERS ET REPERTOIRES CREES PAR L'UTILISATEUR

Les fichiers ou répertoires créés par l'Utilisateur grâce au Système d'information mis à sa disposition pour l'exercice de ses activités sont présumés, sauf si l'Utilisateur les identifie expressément comme étant privés ou Personnels, entré dans le cadre de ses activités Professionnelles.

Tout fichier ou répertoire qui n'est pas identifié comme « Personnel » ou « Syndical » est réputé relevé des activités Professionnelles de l'Utilisateur de sorte que le CHU DE BORDEAUX peut y accéder librement, sans autorisation de l'Utilisateur et hors la présence de ce dernier.

En revanche, si un fichier ou répertoire est identifié comme étant « Personnel » ou « Syndical », le CHU DE BORDEAUX ne peut y avoir accès qu'en présence de l'Utilisateur ou si celui-ci a été prévenu, sauf en cas de risque ou d'évènement particulier.

A défaut d'avoir été identifié comme étant « Personnel » ou « Syndical », le fichier ou répertoire sera réputé relever des activités Professionnelles de l'Utilisateur concerné.

Un fichier ou répertoire identifié avec les initiales ou le nom d'un Utilisateur ne sera pas considéré comme « Personnel » ou « Syndical ».

Il est rappelé que l'Utilisateur ne saurait enregistrer des informations ou documents relevant de ses activités Professionnelles, dans des fichiers ou répertoires identifiés comme étant « Personnel » ou « Syndical ».

## ARTICLE 9. PERIPHERIQUES MOBILES MIS A LA DISPOSITION DES UTILISATEURS

Les téléphones mobiles, smartphone, PDA, ordinateur portable ou tout autre périphérique mobile mis à la disposition de l'Utilisateur, par le CHU DE BORDEAUX, le sont à des fins professionnelles (pour les agents du CHU et stagiaires), pédagogiques et de recherche (pour les enseignants, étudiants et chercheurs).

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 15/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

L'Utilisateur veille à utiliser son ordinateur portable ou tout autre périphérique mobile dans un espace dans lequel il est à même d'assurer la confidentialité des échanges.

L'Utilisateur n'est autorisé à les utiliser à des fins Personnelles qu'à titre résiduel et dans le respect des règles édictées par la présente Charte.

L'Utilisateur s'interdit de conserver ou de stocker des informations confidentielles ou sensibles, relatives aux patients sur un ordinateur portable ou tout périphérique mobiles mis à sa disposition dans la mesure où ceux-ci ne sont pas sécurisés.

En cas de doute, l'Utilisateur s'adressera à la Chaine Décisionnelle afin de mettre en œuvre les mesures de protection édictées par le CHU pour préserver la sécurité et la confidentialité des informations stockées.

## **ARTICLE 10. CONNEXION DE L'EQUIPEMENT MOBILE PERSONNEL DES UTILISATEURS AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX**

La connexion par les Utilisateurs de leurs Equipements mobiles personnels (ordinateurs, téléphones, smartphones, tablettes tactiles, clés USB, etc.), sur site ou à distance, au système d'information du CHU DE BORDEAUX est autorisée dans la mesure où l'utilisation de ce matériel est en conformité avec les stipulations de la présente Charte et de la politique de sécurité propre aux Equipements mobiles personnels du CHU DE BORDEAUX.

### **10.1 L'accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX**

Conformément la politique de sécurité propre aux Equipements personnels du CHU DE BORDEAUX, l'Utilisateur utilisant un Equipement mobile personnel s'engage à recueillir l'autorisation de la DSI préalablement à la connexion de son terminal au Système d'information du CHU DE BORDEAUX. La DSI contrôlera la sécurité de son Equipement afin de s'assurer de sa conformité aux contraintes de sécurité du CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX est libre de refuser la connexion d'un Equipement mobile personnel sur son Système d'information si l'Equipement en question n'est pas conforme aux contraintes de sécurité du CHU DE BORDEAUX.

De même, l'Utilisateur s'engage à toujours disposer d'un Equipement mobile personnel en état de fonctionnement et à télécharger régulièrement les mises à jour proposées par les éditeurs des logiciels et applications de sécurités utilisées.

L'Utilisateur doit faire l'acquisition d'outils tels que notamment des logiciels antivirus et de chiffrement des données permettant de limiter les risques d'atteinte à la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

L'Utilisateur s'engage à protéger son Equipement mobile personnel par un identifiant et un mot de passe afin d'empêcher les tiers d'avoir accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

En cas de vol, perte, ou constat quelconque d'intrusion frauduleuse sur l'Equipement personnel, l'Utilisateur devra immédiatement prévenir la Chaine décisionnelle afin que des mesures nécessaires soient prises pour protéger le Système d'information du CHU DE BORDEAUX et les données y étant stockées.

Les accès au Système d'information du CHU DE BORDEAUX en dehors des horaires de travail peuvent être directement bloqués à distance par les personnes habilitées du CHU DE BORDEAUX.

### **10.2 La propriété et le contrôle des données accessibles via l'Equipement mobile personnel**

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 16/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

L'Utilisateur est informé que toutes données relevant de ses activités Professionnelles stockées ou accessibles via un Equipement mobile personnel demeureront la propriété exclusive du CHU DE BORDEAUX.

Le CHU DE BORDEAUX se réserve le droit d'accéder et de contrôler les données relevant de ses activités Professionnelles stockées sur l'Equipement personnel de l'Utilisateur.

En cas de départ du CHU DE BORDEAUX, l'Utilisateur s'engage à transférer au CHU DE BORDEAUX l'ensemble des données relevant de ses activités Professionnelles éventuellement stockées sur son Equipement personnel.

### **10.3 Responsabilité en cas de vol ou de dommages causés à l'Equipement mobile personnel**

L'utilisation de l'Equipement mobile personnel reste sous l'entière responsabilité des Utilisateurs. Il appartient notamment aux Utilisateurs de prendre toutes les mesures appropriées de façon à protéger leurs propres données et/ou logiciels, notamment de la contamination par d'éventuels virus circulant sur le réseau internet ou de l'intrusion d'un tiers dans le système de son terminal (ordinateur PC portable, smartphone...) à quel que fin que ce soit.

Le CHU DE BORDEAUX ne saurait être responsable des éventuels dommages causés à l'Equipement mobile personnel de l'Utilisateur résultant notamment d'une utilisation de son équipement non conforme aux règles de sécurité énumérées au sein de la présente Charte et de la dernière version de la politique de sécurité propre aux Equipements mobiles personnels du CHU DE BORDEAUX.

La DSI apporte un support à l'utilisation des outils de connexion fournis par le CHU de Bordeaux. La maintenance et la remise en condition opérationnelle des équipements personnels ne sont pas pris en charge par la DSI.

### **10.4 Utilisations prohibées de l'Equipement mobile personnel**

L'Utilisateur est informé que les règles d'utilisation prohibées du Système d'information du CHU DE BORDEAUX s'étendent à son Equipement mobile personnel lorsqu'il se connecte au Système d'information du CHU DE BORDEAUX (atteinte à la vie privée ou à l'image d'un tiers, diffamation, injure, discrimination, dénigrement du CHU DE BORDEAUX, l'atteinte à l'image de marque, à sa réputation ou à ses droits...).

De même, sont prohibés les téléchargements de contenus portant atteinte au droit de propriété intellectuelle effectués par l'Utilisateur via le Système d'information du CHU DE BORDEAUX avec son Equipement mobile personnel.

## **ARTICLE 11. CONNEXION A DISTANCE AU SYSTEME D'INFORMATION DU CHU DE BORDEAUX**

Le CHU DE BORDEAUX met à disposition des Utilisateurs, un accès à distance de son Système d'information au travers d'une connexion sécurisée de type VPN.

L'utilisation du Système d'information du CHU DE BORDEAUX via l'accès à distance implique le respect de la présente Charte par les Utilisateurs et de la dernière version de la Charte de connexion VPN (EN-INF-225).

Il est rappelé aux Professionnels de santé que les diagnostics à distance doivent être réalisés uniquement dans le cadre de la télémédecine. Les Professionnels de santé ne pourront effectuer à distance que des actions de contrôle, de suivi et d'avis, à l'exclusion des actes visés dans le cadre légal applicable à la télémédecine.

L'Utilisateur est responsable de l'usage qu'il fait du Système d'information, et s'engage à respecter les règles de sécurité informatique. Notamment, à ne pas effectuer intentionnellement des opérations pouvant avoir pour conséquences :

- De masquer sa véritable identité ou de s'approprier le mot de passe d'un autre Utilisateur ;
- D'intercepter des communications entre tiers ;

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 17/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

- De porter atteinte à l'intégrité d'un autre Utilisateur ou à sa sensibilité, notamment par l'intermédiaire de messages, textes ou images provocants.

L'Utilisateur s'engage à ne pas effectuer d'opérations pouvant nuire au bon fonctionnement du réseau et à l'intégrité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX. Il s'engage à clore sa session informatique en cas d'éloignement de son poste informatique.

Les demandes d'accès à distance sont adressées à la DSI à partir du bordereau accessible dans le portail intranet du CHU de Bordeaux.

Les services accessibles à distance peuvent être justifiés en fonction des besoins métiers :

- Accès applicatifs ;
- Bureau à distance ;
- Accès à la messagerie ;
- Accès aux fichiers partagés sur les disques dédiés.

L'Utilisateur est informé que l'ensemble des services utilisés génère « des fichiers de traces » essentiels à l'administration des systèmes.

Dans le cadre d'une enquête interne ou d'une réquisition judiciaire et après accord du directeur général du CHU, ces fichiers peuvent être transmis aux autorités compétentes.

## **ARTICLE 12. UTILISATION DU SYSTEME D'INFORMATION A DES FINS DE TELEMEDECINE**

Le CHU DE BORDEAUX permet aux Professionnels de santé d'effectuer des actes de télé médecine via le Système d'information dès lors que cette activité a été organisée par le CHU DE BORDEAUX.

L'Article L. 6316-1 du Code de la santé publique définit la télé médecine comme :

*« Une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs Professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ».*

La télé médecine permet aux Professionnels de santé d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Les actes de télé médecine pouvant être effectués par les Utilisateurs Professionnels de santé sont les suivants :

- La téléconsultation
- La télé expertise
- La télésurveillance médicale
- La téléassistance médicale
- La régulation médicale

Il est rappelé aux Utilisateurs que seules les personnes désignées et habilitées par la loi peuvent effectuer des actes de télé médecine.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 18/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les Utilisateurs habilités à effectuer des actes de télémédecine s'engagent à respecter les dispositions légales et réglementaires relatives à l'exercice de la profession médicale telles que notamment les articles du Code de la santé publique et du Code de déontologie médicale.

En particuliers, selon les articles R. 4127-76 et R. 5132-3 du Code de la Santé Publique, les prescriptions doivent être conformes aux constatations médicales faites par les médecins et sont liées à un examen médical du patient. Elles sont rédigées, datées et signées par leurs auteurs.

Les Utilisateurs sont informés que les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne concernée, sauf cas particuliers (par ex : coma ou autre impossibilité de donner son consentement...). La personne doit notamment être informée de son état de santé, des traitements et actions envisagés ainsi que des risques.

Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition du patient dûment informé, échanger des informations le concernant.

Compte tenu des risques que comporterait la transmission d'informations dégradées ou la divulgation de celles-ci à des tiers, il incombe aux Utilisateurs effectuant des actes de télémédecine de respecter les règles de sécurité informatique énumérées au sein de la présente Charte et de la Politique de sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX.

## **ARTICLE 13. PROTECTION DU SYSTEME D'INFORMATION**

Le CHU DE BORDEAUX met en œuvre les moyens humains et techniques appropriés pour assurer la sécurité physique et logique du Système d'information tel que défini et détaillé au sein de sa Politique de sécurité du Système d'information.

A ce titre, il lui appartient de limiter, selon les besoins dictés par les missions de chacun, les accès au Système d'information et d'acquiescer les droits de propriété intellectuelle ou d'obtenir les autorisations nécessaires à l'utilisation dudit Système d'information mis à la disposition des Utilisateurs.

La « DSI » est responsable du bon fonctionnement du Système d'information. Elle veille à l'application des règles de la présente Charte.

Dans le cadre de leurs missions, les membres de la DSI sont assujettis à une obligation de confidentialité sur les informations qu'ils sont amenés à connaître.

A ce titre, elle est en mesure de contrôler les accès au Système d'information à travers des outils techniques appropriés.

Si elle identifie un risque pour le CHU DE BORDEAUX ou en cas d'évènement particulier, la DSI peut :

- accéder au Système d'information mis à disposition de l'Utilisateur, y compris à tous les fichiers et données identifiés comme « personnels » par celui-ci, sans toutefois pouvoir en divulguer le contenu ;
- suspendre tout ou partie de l'accès au Système d'information, sans préavis.

L'Utilisateur doit, quant à lui, dans l'exercice de ses fonctions, concourir à la protection dudit Système d'information, en faisant preuve de prudence, en toutes circonstances. En cas de doute sur l'attitude à tenir, il doit interroger préalablement la Chaîne Décisionnelle.

L'Utilisateur doit, à ce titre :

- en cas d'absence, même temporaire et de courte durée, verrouiller l'accès au matériel qui lui est confié ou à son Equipement personnel, dès lors que celui-ci contient des informations relatives à ses activités Professionnelles ;

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 19/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

- effectuer des enregistrements réguliers des fichiers et données du CHU DE BORDEAUX dont il dispose sur le matériel mis à sa disposition. A ce titre, l'Utilisateur doit s'assurer que les fichiers et données qu'il stocke le sont sur des espaces régulièrement sauvegardés par le CHU DE BORDEAUX. Ces enregistrements réguliers doivent impérativement être effectués sur les serveurs du CHU DE BORDEAUX. Les enregistrements sur des supports amovibles professionnels sont autorisés uniquement après décision de la Chaîne Décisionnelle.

L'Utilisateur ne doit pas porter atteinte à la sécurité du CHU DE BORDEAUX et/ou à la propriété intellectuelle des tiers. Il ne doit notamment pas :

- installer des logiciels en dehors des licences, copier ou installer des fichiers susceptibles de créer des risques de sécurité au sein du CHU DE BORDEAUX et ce, même si certains Utilisateurs sont, pour les besoins de leurs fonctions, administrateurs de leur poste informatique et peuvent techniquement le faire. A ce titre, les administrateurs informatiques doivent se référer, pour les tâches relevant de leur mission, aux règles spécifiques relatives à la Charte Administrateur du Système d'Information qui leur sont applicables en complément des règles de la présente Charte. Dans tous les cas les Utilisateurs doivent respecter les consignes et procédures élaborées par la Chaîne Décisionnelle;
- sans autorisation expresse, décompiler, désassembler, altérer le Système d'information et les données issues du Système d'information du CHU DE BORDEAUX mis à sa disposition, pratiquer l'ingénierie inverse ou tenter de découvrir ou reconstituer le code source des logiciels/progiciels, les idées qui en sont la base, les algorithmes, les formats de fichier ou les interfaces de programmation ou d'interopérabilité, à moins que cela ne relève de ses fonctions ou de son contrat de travail;
- sans autorisation expresse, traduire, adapter, arranger, modifier le Système d'information mis à sa disposition à moins que cela ne relève de ses fonctions telles qu'elles sont prévues par son contrat de travail ;
- sans autorisation expresse, procéder seul ou avec l'aide d'un tiers à la correction des éventuelles erreurs, dysfonctionnements du Système d'information mis à sa disposition pour le rendre conforme à sa destination à moins que cela ne relève de ses fonctions telles qu'elles sont prévues par son contrat de travail ;
- utiliser le Système d'information mis à sa disposition pour un usage autre que conforme à sa destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ou qui nuirait aux intérêts du CHU DE BORDEAUX ;
- détourner les réseaux de communication ou en faire un usage autre que conforme à leur destination et/ou qui serait de nature à créer un risque pour le CHU DE BORDEAUX ou qui nuirait aux intérêts du CHU DE BORDEAUX;

Les atteintes aux systèmes d'information en tant que systèmes de traitements automatisés de données sont sanctionnées au titre de la réglementation sur la fraude informatique contenue aux articles 323-1 et suivants du Code pénal (Voir plus en détail le tableau ci-joint).

Il en est ainsi pour les bombes logiques, l'occupation de capacité mémoire, la mise en place de codification, de barrage, ou tout autre élément retardant un accès normal. Par ailleurs, la création de faux et leur usage constitue un délit autonome sanctionné au titre de faux en écriture privée, publique ou de commerce. L'Utilisateur doit impérativement adopter un comportement exempt de toute fraude car, à défaut, il s'expose à de sévères sanctions pénales et disciplinaires.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 20/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## ARTICLE 14. MEDIAS SOCIAUX, FORUMS DE DISCUSSION, BLOGS, SITES INTERNET

L'accès aux médias sociaux : réseaux sociaux, forums de discussion et blogs à usage professionnel, réservé à la Direction de la communication, sont autorisés de façon résiduelle à condition que soit respectées la législation en vigueur, la jurisprudence de la Cour de Cassation et les règles énoncées dans la présente Charte.

Lors de la rédaction et de la diffusion de messages sur ces médias, l'Utilisateur a, de manière générale, l'obligation de veiller à respecter les règles de confidentialité, de bonne conduite, de politesse et de courtoisie. (cf guide « Bonnes pratiques des réseaux sociaux » mis à disposition par la Direction de la communication).

Sont prohibés tous les messages :

- ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la réputation du CHU DE BORDEAUX ou à toute personne physique ou morale.
- à caractère calomnieux, outrancier, diffamatoire, ordurier, injurieux, violent, raciste ou pornographique, incitant à la violence, à la haine ou à la discrimination ;
- appelant à commettre un délit ou faisant la propagande d'actes malveillants ;
- portant atteinte aux bonnes mœurs, à l'ordre public, à l'intégrité, à la dignité de la personne, aux droits d'autrui ;
- faisant la propagande de sectes ou incitant de manière directe ou indirecte à rejoindre une secte ;
- assimilables à de la propagande politique ;
- appelant au boycott ;
- diffusant des Données à caractère personnel dont les Données de santé (noms, prénoms, adresses, numéros de téléphone, adresses email, etc.) permettant l'identification de personnes physiques ou morales sans l'autorisation écrite et préalable desdites personnes ;
- diffusant des contenus protégés par des droits de propriété intellectuelle et pour lesquels l'Utilisateur n'a pas obtenu une autorisation préalable et explicite du titulaire des droits ;
- qui prennent la parole en se substituant à l'identité officielle du CHU de Bordeaux (personnes non habilitées) ;
- Qui ne respectent pas les règles de confidentialité : secret médical et secret professionnel.
- rédigés en langage SMS ou qui ne seraient pas lisibles et compréhensibles par tous (sauf pour les médias sociaux type Twitter utilisant une grammaire spécifique) ;

Un contrôle a posteriori des messages publiés sur les forums de discussion, réseaux sociaux, blogs, commentaires sur des sites Internet peut être effectué par la DSI et la Direction de la communication qui peuvent supprimer ou modifier sans préavis tout ou partie d'un message qui ne remplirait pas les exigences mentionnées ci-dessus.

De même, les Utilisateurs sont invités à signaler tout message diffusé sur les médias sociaux, forums de discussion, sites Internet, réseaux sociaux qui contreviendrait aux règles énoncées ci-dessus à l'adresse e-mail suivante : [communication@chu-bordeaux.fr](mailto:communication@chu-bordeaux.fr)

S'agissant des blogs Professionnels mais aussi des médias sociaux (groupe, page) ou sites Internet, il est rappelé aux Utilisateurs qui les ont créés que les messages qui y sont diffusés relèvent de leur responsabilité éditoriale et qu'il leur appartient donc d'en contrôler le contenu et d'en modérer les propos tenus.

« **Site Internet** : le site Internet officiel du CHU de Bordeaux est : [www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr). Ce site Internet vous permet de diffuser de l'information dans l'objectif de valoriser votre activité à destination du grand public, des professionnels de la santé, des fournisseurs,...

La direction de la communication et de la culture doit être contactée pour toute demande de nouveaux contenus et/ou de création de nouvelles rubriques en utilisant l'adresse suivante : [communication@chu-bordeaux.fr](mailto:communication@chu-bordeaux.fr)

En dehors de ce site, la création de sites Internet liés aux activités professionnelles du CHU de Bordeaux est soumise à autorisation de la direction générale du CHU de Bordeaux.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 21/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

La direction de la communication et de la culture doit être contactée pour toute demande de nouveau site internet lié à l'activité du CHU de Bordeaux en utilisant l'adresse suivante : [communication@chu-bordeaux.fr](mailto:communication@chu-bordeaux.fr)  
La direction générale se réserve le droit de ne pas autoriser de sites Internet privés hors du site Internet institutionnel et officiel du CHU de Bordeaux)

**Réseaux sociaux :** le compte officiel du CHU de Bordeaux sur le réseau social twitter est **@CHUBordeaux** (<https://twitter.com/CHUBordeaux>). La gestion des médias sociaux est gérée par la direction de la communication et de la culture. En dehors de ce compte, la création de profils, pages, groupes, blogs... liée à l'activité professionnelle **est soumise à autorisation** (twitter, facebook, google+, autres etc...).

Pour toute création (page ou groupe d'un réseau social, compte, chaîne vidéos...) liée à une activité professionnelle du CHU de Bordeaux (nom lié ou dérivé au CHU de Bordeaux, groupe hospitalier, hôpital, service, etc...), une autorisation écrite doit être demandée à la direction de la communication et de la culture : Direction de la communication et de la culture, 12 rue dubernat 33404 Talence CEDEX / [communication@chu-bordeaux.fr](mailto:communication@chu-bordeaux.fr). **Une validation doit être obtenue pour une activation ou mise en ligne.**

**Noms de domaines :** le nom de domaine « chu-bordeaux.fr » est soumis à des règles et autorisations. L'utilisation d'un nom de domaine **chu-bordeaux.fr** est soumise à validation de la direction de la communication et de la culture et de la DSI. De même tout nom de domaine similaire ou utilisant l'identité CHU de Bordeaux doit obtenir l'aval des directions concernées.

>Ex : pour un site hébergé et autorisé par le CHU de Bordeaux : l'utilisation suivante « nom.chu-bordeaux.fr » peut être autorisée sous réserve de faire une demande et de présenter le projet en amont.

>Ex : pour un site **non hébergé** par le CHU : l'utilisation « chu-bordeaux » sous n'importe quelle forme ne doit pas apparaître dans le nom de domaine sans obtenir un accord écrit de la direction générale du CHU de Bordeaux (direction de la communication et de la culture et DSI)

**Une validation doit être obtenue pour toute mise en ligne définitive.**

**Sur tous ces points, la direction de la communication et de la culture et la DSI se réservent le droit de demander des modifications ou des fermetures de sites Internet ; pages, groupes, chaîne sur réseaux sociaux ou noms de domaines qui ne seraient pas conformes. »**

## ARTICLE 15. CONFIDENTIALITE

L'utilisateur s'engage à ne pas divulguer d'informations confidentielles ou sensibles relatives aux patients ou au CHU DE BORDEAUX et de manière générale, toute information dont la divulgation pourrait porter préjudice au CHU DE BORDEAUX ou à des tiers.

Il veille à ce que les informations qu'il exploite ne puissent pas être consultées, modifiées ou reproduites par un tiers.

L'utilisateur veille tout particulièrement à préserver la sécurité et l'intégrité des Données à caractère personnel ainsi que leurs traitements et extractions des bases de données afin, notamment, de mettre le CHU DE BORDEAUX en mesure de respecter les dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, qui oblige à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et d'empêcher en particulier qu'elles ne soient déformées ou endommagées ou que des tiers non autorisés y aient accès.

Les informations confidentielles ou sensibles, relatives aux patients ne doivent être stockées que sur les supports et matériels prévus à cet effet par la DSI, et il est interdit de les transmettre à l'extérieur par quelque moyen que ce soit sans autorisation écrite préalable de la Chaine Décisionnelle.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 22/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## ARTICLE 16. SECRET MEDICAL ET PROFESSIONNEL

Le secret médical et professionnel réside dans l'obligation de ne pas révéler à des tiers des informations d'ordre médical ou privé concernant la personne soignée.

Les Utilisateurs sont informés que le secret médical et professionnel couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du Professionnel de santé ou du Personnel administratif, c'est à dire tout ce qui lui a été confié, mais aussi tout ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.

Sont ainsi protégés par le secret les déclarations et confidences du patient et de son entourage, les faits découverts au cours de soins, les faits ou circonstances en rapport avec l'état du patient, les éléments du traitement (prescriptions, médicaments, pronostics, diagnostics...) mais aussi tout élément de la vie privée du patient (conflit familial, difficultés matérielles...).

L'article L 1110-4 alinéa 1er du Code de la santé publique énonce que :

*« Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».*

Les Utilisateurs ayant accès à des informations soumises au secret médical et professionnel s'engagent à faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée.

Les Utilisateur s'engagent à ne pas diffuser à des tiers, au moyen d'une messagerie non sécurisée, des informations nominatives et/ ou confidentielles couvertes par le secret médical et professionnel.

La violation du secret médical et professionnel peut donner lieu à des sanctions pénales, civiles et ordinales.

L'article 226-13 du Code pénal sanctionne les personnes portant atteinte à une information à caractère secret d'une peine pouvant aller jusqu'à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.

Sur le plan civil, le patient qui subit un préjudice en raison de la révélation d'informations couvertes par le secret peut obtenir des dommages et intérêts.

Enfin, sur le plan disciplinaire, les ordres professionnels peuvent infliger aux Professionnels de santé une peine disciplinaire (avertissement, blâme, suspension temporaire d'exercice, radiation du tableau de l'Ordre).

De surcroît, les Utilisateurs sont informés qu'une atteinte au secret médical et professionnel pourra faire l'objet de sanctions disciplinaires par le CHU DE BORDEAUX, s'il y a lieu.

## ARTICLE 17. BADGES

Des badges (cartes magnétiques ou à puce) sont remis aux Utilisateurs le jour de leur entrée en fonction dans les locaux du CHU DE BORDEAUX ou lors de demandes d'accès spécifiques.

Ces badges ont pour objet de permettre et de contrôler l'accès aux locaux, la gestion des temps de travail ainsi que la gestion de la restauration de l'établissement.

Ces badges sont personnels et incessibles. Ils ne doivent pas être prêtés, partagés, loués ou cédés à qui que ce soit, pour quelque raison que ce soit.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 23/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

L'enregistrement du badge d'un Utilisateur sur une badgeuse vaut preuve de l'accès de celui-ci au sein des locaux précités ou, le cas échéant, de sa sortie des locaux. L'Utilisateur reconnaît, en conséquence, être responsable de l'utilisation de son badge.

Le jour de son départ, l'Utilisateur est tenu de restituer son badge à la direction des ressources humaines qui le transmettra ensuite à la personne en charge de la gestion des badges.

En toute hypothèse, le badge sera désactivé au plus tard le dernier jour de présence de l'Utilisateur, même si ce dernier ne restitue pas le badge.

## ARTICLE 18. VIDEOSURVEILLANCE

Les Utilisateurs sont informés qu'à des fins de sécurité et de contrôle, l'accès aux locaux du CHU DE BORDEAUX est protégé par des caméras de vidéosurveillance.

Ces caméras fonctionnent 24h/24, 7 jours/7. Elles n'enregistrent que les images et non le son associé aux images.

Des panneaux affichés dans les locaux sous vidéosurveillance précisent également aux Utilisateurs la présence de caméras.

Ces images ne sont visionnées que par les personnes habilitées à cet effet du CHU DE BORDEAUX.

Les images sont conservées pour une durée maximale de un (1) mois, conformément à la législation.

Il est rappelé que le système de vidéosurveillance mis en place n'a pas pour objet la surveillance spécifique d'un Utilisateur ou d'un groupe d'Utilisateurs déterminé.

## ARTICLE 19. DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, définit les conditions dans lesquelles des traitements de Données à caractère personnel peuvent être opérés.

Des traitements de données automatisés et manuels sont effectués au sein du CHU DE BORDEAUX, notamment dans le cadre des systèmes de contrôle prévus dans la présente Charte.

Conformément aux dispositions de la loi, ces traitements de Données à caractère personnel sont mis en œuvre dans le respect des formalités ou obligations prescrites.

Les formalités déclaratives à accomplir auprès de la CNIL concernant les traitements de Données à caractère personnel du CHU DE BORDEAUX (déclaration normale, déclaration simplifiée, demande d'autorisation...) devront être effectuées :

- soit par chacune des directions ayant mis en œuvre le traitement ;
- soit par le Correspondant à la protection des données à caractère personnel désigné par le CHU DE BORDEAUX le cas échéant.

Pour toute question relative à un traitement de données personnelles le concernant, l'Utilisateur peut exercer ses droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression après avoir justifié de son identité, en s'adressant à la direction des affaires juridiques.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 24/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## ARTICLE 20. UTILISATION DES SERVICES DE TELEPHONIE

Les postes téléphoniques mis à la disposition de certains Utilisateurs le sont à des fins Professionnelles.

L'utilisation des postes téléphoniques à des fins Personnelles est tolérée à condition qu'une telle utilisation soit raisonnable, qu'elle n'affecte pas l'exercice de ses fonctions par l'Utilisateur, n'entrave pas la sécurité du Système d'information du CHU DE BORDEAUX, ni ne gêne la bonne marche de son activité.

Les Utilisateurs sont informés que le système de téléphonie enregistre les numéros de téléphones entrants et sortants.

En outre, des relevés individuels téléphoniques sont établis tous les mois, toutefois, les quatre derniers chiffres des numéros sont occultés.

Les supérieurs hiérarchiques des Utilisateurs n'ont pas la possibilité d'accéder aux numéros complets des relevés sauf en cas d'utilisation manifestement anormale du téléphone par un Utilisateur.

Les Utilisateurs sont informés que les données relatives à l'utilisation des services de téléphonie ne sont conservées, en principe, que pour une durée maximale d'un (1) an par la DSI, conformément à la législation.

Les Utilisateurs sont informés qu'une consommation excessive des services de téléphonie à des fins Personnelles pourra faire l'objet d'une refacturation de ces appels et de sanctions disciplinaires, s'il y a lieu.

## ARTICLE 21. NON- RESPECT DE LA CHARTE

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale du CHU DE BORDEAUX dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, Code la santé publique, ASIP Santé,...).

Le CHU DE BORDEAUX ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un Utilisateur qui ne se sera pas conforme aux règles d'accès et d'usage du Système d'information et des services internet décrites dans la Charte.

En cas de manquement aux règles de la présente Charte, les Utilisateurs s'exposent à des sanctions :

- Ils peuvent être sommairement ou définitivement déconnectés par les administrateurs de la DSI ;
- Ils peuvent faire l'objet de poursuites disciplinaires ;
- Ils peuvent faire l'objet de poursuites pénales.

En outre, les infractions aux dispositions législatives et réglementaires sont susceptibles d'engager la responsabilité personnelle de l'Utilisateur, tant sur le plan civil que sur le plan pénal. Voir à titre d'exemple le tableau ci-joint.

Enfin, l'Utilisateur est informé que la Direction générale du CHU DE BORDEAUX est tenue de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République.

## ARTICLE 22. DEROGATIONS AUX REGLES DEFINIES DANS LA PRESENTE CHARTE

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 25/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

Les demandes spécifiques des Utilisateurs relatives à l'utilisation du Système d'information en dehors du périmètre de la présente Charte ou en contradiction avec les règles définies dans la Charte doivent être adressées directement au supérieur hiérarchique de l'Utilisateur ainsi qu'à la DSI et au RSSI dans un document écrit et signé par le demandeur.

Le DSI et le RSSI communiqueront à la Direction Générale du CHU DE BORDEAUX les demandes de dérogation au respect des règles définies dans la présente Charte.

L'autorisation exceptionnelle ou le refus de la Direction générale de déroger aux règles de la présente Charte sera formalisé dans un document signé et daté par la Direction générale.

## **ARTICLE 23. INFORMATION DES UTILISATEURS**

La présente Charte annule et remplace, en toutes ses stipulations, la précédente Charte.

Elle est annexée au Règlement Intérieur du CHU DE BORDEAUX.

	<b>Entité d'application : CHU de Bordeaux</b> <b>Emetteur : Direction du Système d'Information</b>	<b>IN-SIH-257</b>
	<b>INSTRUCTION</b>	Ind : 1 Page : 26/27
<b>Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information du CHU de Bordeaux</b>		

## ANNEXE 1 –

### EXEMPLES DE SANCTIONS EN CAS DE NON-RESPECT DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

Vous trouverez ci-dessous, à titre indicatif, quelques exemples de sanctions susceptibles d'être encourues en cas de non-respect des dispositions législatives et réglementaires.

Infraction	Texte	Sanction(s) *
<b>DROIT DE LA PROPRIETE INTELLECTUELLE</b>		
<b>Contrefaçon de droits d'auteur (général)</b>	Articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contrefaçon de droits d'auteur : mise à disposition de logiciels servant à effectuer des contrefaçons, tels que les logiciels « peer to peer »)</b>	Article L.335-2-1 du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contrefaçon de marque</b>	Article L.716-1 du Code de la propriété intellectuelle  Article L.716-10 du Code de la propriété intellectuelle	Sanction civile : Dommages et intérêts  Sanction pénale : 3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>DROIT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES</b>		
<b>Violation du secret des correspondances papier ou par voie de télécommunication de mauvaise foi (ouvrir, supprimer, retarder, détourner des correspondances, en prendre connaissance, utiliser, divulguer ou intercepter)</b>	Article 226-15 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 45 000€
<b>Atteinte à la vie privée (en captant, enregistrant, transmettant, conservant, portant à la connaissance du public une image d'une personne se trouvant dans un lieu privé ou une parole prononcées à titre privé ou confidentiel sans son consentement)</b>	Article 226-1 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 45 000€
<b>Usurpation d'identité en ligne d'un tiers ou usage d'une ou plusieurs données de toute nature permettant de l'identifier en vue de troubler sa tranquillité ou celle d'autrui, ou de porter atteinte à son honneur ou à sa considération</b>	Article 226-4-1 du Code pénal	1 an d'emprisonnement + 15 000€
<b>Accès frauduleux à un système de traitement automatisé de données</b>	Article 323-1 du Code pénal	2 ans d'emprisonnement + 30 000 €
<b>Suppression ou modification frauduleuse de données ou altération du fonctionnement</b>	Articles 323-2 et 323-3 du Code pénal	5 ans d'emprisonnement + 75 000 €

**CHU**Hôpitaux de  
BordeauxEntité d'application : CHU de Bordeaux  
Emetteur : Direction du Système d'Information**IN-SIH-257****INSTRUCTION**Ind : 1  
Page :  
27/27**Charte de l'utilisateur pour l'usage du système d'information  
du CHU de Bordeaux**

d'un système de traitement automatisé		
<b>Atteinte aux droits du producteur d'une base de données</b>	Article L.343-4 du Code de la propriété intellectuelle	3 ans d'emprisonnement + 300 000€
<b>Contenus à connotation pédopornographique :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- diffusion, fixation, enregistrement ou transmission de l'image ou représentation d'un mineur</li><li>- diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de télécommunications</li></ul>	Article 227-23 du Code pénal	5 ans d'emprisonnement + 75 000 €  7 ans + 100 000€
<b>Contenus négationnistes ou incitatifs à la haine raciale</b>	Article 24 et 24 bis de la loi du 29 juillet 1881	5 ans + 45 000€

## CHARTE ETHIQUE DU MECENAT 17/06/2024

### Préambule

Le **Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (CHU de Bordeaux)** est un établissement public de santé dont l'adresse est fixée au 12 rue Dubernat à Talence (33400).

A la date d'entrée en vigueur de la présente charte, le CHU est représenté par son Directeur Général par intérim, Monsieur Alexis THOMAS.

### Objet de la présente charte éthique

**Le CHU de Bordeaux souhaite organiser les différentes modalités de financement pour ses projets d'intérêt général à caractère sanitaire, scientifique, social, éducatif, culturel en énonçant dans la présente charte éthique un certain nombre de règles et de principes qui guident ses relations avec les Donateurs - personnes physiques et personnes morales (entreprises, associations, fondations...).**

### Définitions

**Le mécénat** est « *un soutien matériel apporté à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un intérêt général, sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire* » (arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière).

Le mécénat suppose donc de la part du donateur une intention libérale réelle, c'est à dire une intention de donner.

Les différents types de mécénat sont les suivants :

- Le mécénat **financier** est un don en numéraire, valorisé à hauteur du montant du don ;
- Le mécénat **de compétence** est la mise à disposition de personnel à titre gracieux, pendant leur temps de travail. Il est valorisé au prix de revient de la prestation apportée ;
- Le mécénat **en nature** est le don de biens. Le mécénat technologique est une forme spécifique de mécénat en nature, consistant à mobiliser la technologie du Donateur au bénéfice d'un projet d'intérêt général. Le mécénat en nature est valorisé à la valeur nette comptable pour les biens inscrits à l'actif de l'entreprise, sur la base d'un compte d'opération détaillé et certifié par le Donateur.

Dans le cadre de la présente charte, le Mécénat désigne **les dons ou legs** pour lesquels le Donateur bénéficie des dispositions fiscales issues de la loi n° 2003-709 du 1er août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. Ces dispositions sont codifiées au Code général des impôts,

notamment à son article 200 (mécénat des personnes physiques) et son article 238 bis (mécénat des entreprises).

**Par « Donateur »,** il faut entendre toute personne physique ou toute personne morale (association, entreprise, fondation) qui consent un don au CHU de Bordeaux, dans le cadre des dispositions fiscales issues de la loi n° 2003-709 du 1er août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations codifiées au Code général des impôts, notamment art. 200 et art. 238 bis.

*Dans le cadre de mécénat d'entreprise, le terme « mécène » peut aussi être utilisé.*

## Principes généraux quant à la démarche de mécénat

Chaque opération de mécénat est un engagement libre entre le Donateur et le CHU de Bordeaux, autour d'une vision partagée et dans un respect mutuel.

La politique de mécénat impulsée par le CHU de Bordeaux s'inscrit dans un cadre éthique, définie dans la présente charte.

### 1. Organisation de la Direction du mécénat du CHU de Bordeaux

La politique de mécénat du **CHU de Bordeaux** est définie par le Comité exécutif de mécénat constitué des membres suivants :

- Directeur Général par intérim,
- Secrétaire Général,
- Directrice du mécénat,
- deux représentants de la communauté médicale,
- un représentant de l'encadrement médical,
- un représentant des usagers,
- des représentants de certains mécènes et partenaires,
- des personnalités choisies en raison de leur compétences ou fonction.

**La Direction du mécénat du CHU de Bordeaux** présentera au Conseil de Surveillance un bilan annuel des actions de soutien menées à leur profit et des contreparties accordées.

### 2. Respect des obligations déontologiques par le CHU de Bordeaux

Le CHU de Bordeaux veillera à ce que ses agents n'entretiennent pas de rapports avec les Donateurs susceptibles de les conduire à contrevenir à leurs obligations déontologiques d'agents publics, notamment les obligations de loyauté, de discrétion, de probité et de neutralité.

Le CHU de Bordeaux veillera aussi à ce que ses agents ne tirent pas un avantage ou un profit personnel de leurs relations avec les Donateurs.

Tout cadeau adressé à la direction générale sera utilisé pour des opérations s'inscrivant dans le cadre de la politique de mécénat du CHU.

### 3. Sélection des projets

Le mécénat représentant une dépense fiscale pour l'Etat, l'éligibilité fiscale du projet est conditionnée par l'intérêt général.

**Le CHU de Bordeaux a donc la responsabilité de mobiliser du mécénat en cohérence avec ses missions de service public et sur des activités présentant un caractère d'intérêt général manifeste.**

Les principaux critères de sélection, examinés par le Comité exécutif de mécénat, sont :

- L'importance du besoin sociétal et le caractère d'intérêt général ;
- La pertinence de la réponse apportée par le projet ;
- La capacité du CHU de Bordeaux à mettre en œuvre le projet et à apporter une plus-value aux patients et leur famille ainsi qu'au personnel de l'établissement.

### 4. Conduite du projet

#### Suivi du don

**Le CHU de Bordeaux** s'engage à faire un retour d'information régulier aux Donateurs :

- Sur l'utilisation des dons et l'avancement général des projets
- Sur la mise en œuvre du Projet soutenu par le Donateur, lorsque celui-ci a fait le choix de soutenir un projet en particulier.

#### Affectation du don

**Le CHU de Bordeaux** s'engage à affecter le don au projet visé dans la convention de mécénat.

Dans le cas de l'impossibilité de mettre en œuvre le projet, les parties essaieront de s'accorder sur la réaffectation des dons versés sur un nouveau projet.

Dans l'hypothèse où aucun accord ne pouvait être trouvé, le CHU s'engage à rembourser au Donateur les dons non utilisés conformément à la convention de mécénat.

#### Indépendance dans la conduite du projet

**Le CHU de Bordeaux** gère les projets et l'ensemble de ses activités de mécénat en toute indépendance et autonomie par rapport au Donateur.

Le Donateur s'engage à ne pas influencer sur le projet dans son contenu (intellectuel, artistique, scientifique, technique) ni dans ses modalités de réalisation (durée, calendrier prévisionnel, modifications...). Il s'engage aussi à ne pas influencer sur le choix des acteurs amenés à se mobiliser ou à contribuer au projet (autre donateur, entreprise prestataire, porteurs de projets ...).

#### Cas spécifique des projets de recherche ou des projets pouvant être à l'origine de droit de propriété intellectuelle

Dans l'hypothèse de projets de ce type financés par le Donateur, les résultats des recherches et la propriété intellectuelle appartiendront exclusivement au CHU de Bordeaux (ainsi qu'aux autres acteurs collaborateurs parties prenantes du projet le cas échéant).

Le Donateur ne pourra donc pas se prévaloir d'un droit de possession ou réclamer un droit de propriété intellectuelle sur les résultats issus du projet financé via le mécénat.

Le Donateur ne pourra pas non plus utiliser les résultats de ce projet, en dehors des résultats accessibles dans le domaine public.

## 5. Mécénat et respect des règles de la commande publique

Il est à noter que rien ne s'oppose à ce qu'une entreprise soit à la fois mécène et prestataire. Il faut néanmoins respecter les règles d'égalité de traitement liées aux marchés publics.

**Le CHU de Bordeaux** s'engage à maintenir une stricte séparation entre les marchés publics qu'il passe et le mécénat dont il bénéficie. Il s'interdit de conclure une convention de mécénat qui serait de nature à contrevenir aux principes de la commande publique.

S'il estime qu'il existe un risque de contrevenir aux principes de la commande publique et en l'absence de moyens de maîtriser ce risque, **le CHU de Bordeaux** peut être amené à refuser le don proposé, que le sujet du mécénat éventuel ait un lien direct ou non avec l'objet du marché.

## Principes généraux quant aux donateurs et aux dons

### 1. Régularité sociale, fiscale et pénale du Donateur et du don

**Le CHU de Bordeaux** refuse le soutien de tout Donateur pour lequel un doute raisonnable existe quant à la régularité de sa situation fiscale ou sociale ou encore au regard du droit pénal ou commercial.

**Le CHU de Bordeaux** refuse aussi tout don dès lors qu'il existe un doute raisonnable sur sa légalité, sa provenance ou son origine.

### 2. Valeurs partagées entre le CHU de Bordeaux et les Donateurs

Les Donateurs qui soutiennent le CHU de Bordeaux acceptent de partager les valeurs de celui-ci :

- **l'innovation**
- **l'humanité**
- **la performance**

**Le CHU de Bordeaux** se réserve la possibilité de refuser le don d'un Donateur dont les valeurs ne seraient pas en cohérence avec les siennes ou avec celles de ses autres donateurs.

**Le CHU de Bordeaux** se réserve également la possibilité de refuser le mécénat de toute organisation à caractère politique, syndical ou religieux et veille dans tous les cas à ce que les contreparties qui pourraient être accordées au partenaire ne puissent être assimilées, en aucune manière, à du prosélytisme, ni heurter la sensibilité de ses agents, patients, usagers, partenaires, etc.

### 3. Absence d'exclusivité du Donateur

Par principe, le CHU de Bordeaux n'accorde aucune exclusivité à un Donateur.

Les éventuelles exceptions (ex. Donateur qui souhaite être le donateur exclusif sur un projet ou une priorité) doivent faire l'objet d'une validation par le Comité exécutif de mécénat.

## Principes généraux quant aux contreparties (ou « remerciements »)

**Le CHU de Bordeaux** peut accorder au Donateur des contreparties (appelées aussi « remerciements ») correspondant à une « *disproportion marquée entre les sommes données et la valorisation de la contrepartie offerte* ».

Une grille de remerciements a été établie par le CHU de Bordeaux, afin de déterminer le montant des remerciements accordé en fonction du niveau du don, de garantir un traitement équitable des Donateurs et de s'assurer de la disproportion des contreparties.

Les actions de communication communes autour de l'opération de mécénat font partie des contreparties les plus courantes. **Le CHU de Bordeaux et le Donateur** devront s'informer mutuellement des actions de communication en lien avec le don reçu. Ils devront aussi s'accorder sur la nature et la forme de communication autour du don.

**Le CHU de Bordeaux** s'engage à ce qu'aucune contrepartie offerte ne soit contraire aux lois en vigueur.

**Le CHU de Bordeaux** a souhaité encadrer dans sa charte éthique les deux contreparties ci-dessous, compte tenu de leur importance et de leur caractère spécifique.

### Attribution du nom du mécène au projet

**Le CHU de Bordeaux** peut envisager de donner le nom d'un donateur à un projet ou un espace, en remerciement d'un acte de mécénat particulièrement important, et ce, pour une durée limitée ou illimitée dans le temps.

Dans tous les cas, cette contrepartie spécifique devra faire l'objet d'une validation par le Comité exécutif de mécénat et le Conseil de Surveillance. Les modalités (dénomination exacte, logo, durée...) devront être précisées dans la convention de mécénat.

### Mise à disposition d'espaces

La mise à disposition d'un espace au profit du Donateur fait partie des contreparties envisageables dans le cadre d'une opération de mécénat. Cette mise à disposition ne permet en aucun cas au Donateur d'en faire un usage commercial. Ses modalités seront précisées dans la convention de mécénat.

**Le CHU de Bordeaux** s'engage à n'autoriser aucune activité susceptible de nuire à son image, à la conduite des missions de service public ou à la sécurité des locaux.

## Application et publicité des dispositions de la charte

L'ensemble des dispositions prévues par la charte éthique du mécénat du CHU de Bordeaux prend effet à compter de sa date de signature par le Directeur Général par intérim du CHU de Bordeaux.

Les grands principes de cette charte éthique sont repris dans les conventions de mécénat, notamment en ce qui concerne les obligations des Donateurs. La charte complète sera aussi transmise à tous les mécènes avec lesquels le CHU de Bordeaux conclura une convention de mécénat.

Cette charte sera mise en ligne sur le site Internet du CHU de Bordeaux et ainsi accessible au grand public et à tous les donateurs.

Fait à Bordeaux, le 12/02/2024

**Pour le CHU de Bordeaux**  
Alexis THOMAS  
Directeur Général par intérim

\*\*\*\*\*

*La Charte éthique du CHU de Bordeaux a été établie selon les principes énoncés dans le « Guide d'élaboration d'une Charte éthique pour une entité publique recevant du mécénat d'entreprise ».*

*Ce guide a été établi par l'Agence du Patrimoine Immatériel de l'État (AEPI), un service à compétence nationale rattaché aux directions générales du Trésor et des Finances publiques. [www.economie.gouv.fr/apie](http://www.economie.gouv.fr/apie)*



# COMITE DU MECENAT

---

## REGLEMENT INTERIEUR

### PREAMBULE

Selon l'arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière, le mécénat est un « *soutien financier ou matériel apporté sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire, à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activités présentant un caractère d'intérêt général.* »

La politique de mécénat du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux a pour ambition de concrétiser ou accélérer la réalisation de projets au bénéfice des patients, de leur famille et des professionnels mais aussi de valoriser l'image de l'établissement et de fédérer les équipes en interne.

Conformément à la charte éthique du mécénat signée par le Directeur Général le 01/03/2023, les projets accompagnés par la direction du mécénat visent notamment à favoriser le bien-être et la prise en charge des patients hospitalisés ainsi que l'accompagnement des proches, améliorer les conditions de travail des personnels et activer la transformation écologique de l'hôpital, mettre en œuvre des projets innovants et faire entrer la culture à l'hôpital.

Le Comité du mécénat est l'instance de concertation de la politique du mécénat du CHU de Bordeaux.

Ce comité a vocation à être représentatif de l'établissement et est ouvert sur la société civile.

## ARTICLE 1 – OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR

---

Le présent règlement définit les missions, la composition et les modalités de fonctionnement du Comité du mécénat du CHU de Bordeaux.

## ARTICLE 2 - MISSIONS DU COMITE DU MECENAT

---

Le Comité du mécénat a pour mission :

- D'émettre des recommandations et avis sur les grandes orientations de la politique du mécénat ;
- De sélectionner des projets qui vont bénéficier de l'accompagnement de la direction du mécénat et de proposer des priorités ;
- De suivre l'actualité des projets accompagnés par la direction du mécénat ;
- De suivre l'affectation des dons et legs ;

## ARTICLE 3 – COMPOSITION DU COMITE DU MECENAT

---

Afin de mener à bien ses missions, le Comité du mécénat est composé de :

- 3 membres de droit
  - Le Directeur Général ou son représentant
  - Le Secrétaire Général
  - Le Directeur du mécénat
- 5 membres nommés
  - 3 représentants de la communauté médicale après avis du Président de la CME
  - 1 représentant de l'encadrement paramédical après avis de la Coordinatrice générale des soins
  - 1 représentant des usagers

A cette composition, s'ajoutent au maximum 5 représentants des mécènes et personnalités qualifiées issus du monde socio-économique. Ces membres sont nommés par décision du Directeur Général du CHU de Bordeaux sur proposition du directeur du Mécénat, et après avis des membres de droit du comité du mécénat.

Ce comité se réunit 2 fois par an sauf s'il est nécessaire d'organiser une séance exceptionnelle. Un quorum de la moitié des membres est nécessaire pour permettre le maintien de la séance.

Ce comité est présidé par le Directeur Général du CHU de Bordeaux.

### a. MISSIONS DU PRESIDENT

- Il convoque et préside le comité ;
- Il arrête l'ordre du jour et convoque le comité au minimum 8 jours avant la séance ;
- Il anime les réunions du comité ;
- En cas d'indisponibilité, il se fait représenter par un membre du comité désigné par lui.

## **ARTICLE 4 : NOMINATION, DUREE DES FONCTIONS ET ASSIDUITE**

---

### **1. NOMINATION :**

Les membres du Comité du mécénat sont nommés par décision du Directeur Général du CHU de Bordeaux.

En cas de départ d'un membre en cours de mandat, un nouveau membre est nommé par décision du Directeur Général du CHU de Bordeaux.

Une fois nommés, les membres signent la charte des membres du Comité du mécénat. Elle vise à assurer l'intégrité et l'indépendance de ce comité. Leur mandat prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été nommés.

Pour les membres de droit, en cas de départ en cours de mandat, le nouveau titulaire de la fonction, ou son représentant reprend cette fonction pour la durée restante du mandat.

A chaque modification de la composition, la liste nominative du Comité du mécénat est arrêtée par le Directeur Général.

### **2. DUREE DES FONCTIONS**

Tous les membres du Comité du mécénat, à l'exception des membres de droit, sont nommés pour un mandat de deux ans. Les membres de droit sont nommés pour la durée de leur fonction.

### **3. DEMISSION**

Tout projet de démission doit être porté à la connaissance du président, par le biais d'un mail transmis au moins un mois avant la date prévue, au secrétariat du Comité du mécénat: [mecenat@chu-bordeaux.fr](mailto:mecenat@chu-bordeaux.fr)

### **4. PREVENTION DES CONFLITS D'INTERETS**

En cas d'interférence entre des intérêts privés et sa mission de membre dudit comité, et dans le but d'éviter tout conflit d'intérêt, le membre en question doit informer la direction du mécénat de sa situation (ou du risque de COI) aux fins de définir les règles de déport les plus adaptées.

### **5. MANQUEMENT AUX REGLES**

En cas de manquement aux règles du présent règlement intérieur du comité du mécénat, la direction du mécénat en accord avec le Directeur général du CHU appréciera les suites à donner.

## ARTICLE 5 : PROCEDURE DE SELECTION DES PROJETS

---

Les directions, et notamment les directions de site, recensent et présélectionnent des projets proposés par les équipes hospitalières qui leur semblent pouvant faire l'objet d'un accompagnement par la direction du mécénat.

Pour candidater, le porteur du projet signe une charte qui l'engage à respecter les valeurs et règles du mécénat. Cette charte est visée par le directeur référent du porteur de projet. Celle-ci est annexée au présent règlement intérieur.

Les projets présélectionnés sont étudiés par les membres du Comité du mécénat à l'occasion d'une réunion dudit comité. Les critères de sélection et d'éligibilité sont détaillés en annexe du règlement intérieur.

Après échange avec les membres du comité, le Directeur Général décide de la liste finale des projets retenus.

## ARTICLE 6 : ENTREE EN VIGUEUR DU REGLEMENT ET COMMUNICATION

---

### 1. DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU PRESENT REGLEMENT :

Ce règlement intérieur tel qu'arrêté par le Directeur Général, s'applique à compter de la date de signature.

### 2. COMMUNICATION :

Le présent règlement intérieur est mis à disposition de l'ensemble des professionnels du CHU, sur le site intranet. Il est également annexé au règlement intérieur de l'établissement.

### 3. INTEGRALITE DU REGLEMENT INTERIEUR

Les dispositions du présent règlement, dont le préambule et les annexes, constituent l'intégralité du règlement intérieur du Comité du mécénat.

### 4. REVISION DU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR

En cas de nécessité, le présent règlement, peut faire l'objet d'une révision.

Elaborée par la direction du mécénat, la nouvelle version du règlement intérieur est présentée par le président et soumise pour avis au comité. Le Directeur Général du CHU de Bordeaux arrête la version définitive du règlement intérieur.

A BORDEAUX,

Le 30/01/2024

## ANNEXES

- Critères de sélection des projets
- Charte d'engagement du porteur de projet

## **Annexe 1 : Critères de sélection des projets**

Pour rappel, le mécénat représente une dépense fiscale pour l'Etat. Ainsi l'éligibilité fiscale du projet est conditionnée par l'intérêt général.

Pour être éligible, un projet doit remplir les critères suivants :

- Le projet doit présenter un caractère d'intérêt général indéniable ;
- L'objectif de collecte pour ce projet doit être fixé entre 20K€ et 200K€ ;
- Le projet doit pouvoir être mis en œuvre dans un délai inférieur à 18 mois ;
- La charte d'engagement du porteur de projet s'inscrivant dans une démarche de mécénat doit être signée par ledit porteur de projet avec visa du directeur référent.

Le Comité du mécénat sélectionne les projets à partir de plusieurs critères :

- Le projet doit être novateur, innovant avec un réel impact sur les usagers du CHU de Bordeaux ou ses agents ;
- Le projet doit être une déclinaison de la stratégie de l'établissement et participer à la politique de rayonnement du CHU ;
- Le projet doit s'inscrire dans l'un des grands axes thématiques définis par la stratégie de mécénat du CHU de Bordeaux.

## **Annexe 2 : Charte d'engagement du porteur de projet**

### CHARTRE D'ENGAGEMENT DU PORTEUR DE PROJET S'INSCRIVANT DANS UNE DEMARCHE DE MECENAT

Nom du projet:

Site et pôle de rattachement:

Si votre candidature est acceptée par le Comité exécutif du mécénat du CHU de Bordeaux, la réalisation de votre projet se fera en lien étroit avec la Direction du mécénat qui mettra tout en œuvre pour rassembler l'ensemble des fonds et soutiens escomptés, sans garantir toutefois l'atteinte de tous les objectifs de la levée de fonds.

Voici quelques éléments vous rappelant les spécificités du mécénat et les règles à respecter lors de l'utilisation des fonds.

Le don ouvre droit à une réduction fiscale pour le donateur<sup>1</sup>. Afin de garantir le bien-fondé de cette réduction et le bon fonctionnement du projet, le CHU doit respecter les règles relatives au mécénat et à la bonne gestion des fonds. A défaut, l'administration fiscale peut requalifier le don en sponsoring et engager des sanctions à l'encontre du donateur et du CHU.

#### **1- Généralités sur le mécénat**

Ce qu'est le mécénat

Le mécénat est « *le soutien financier et matériel apporté, sans contrepartie directe de la part du bénéficiaire, à une œuvre ou à une personne pour l'exercice d'activité présentant un intérêt général* »<sup>2</sup>.

Ce qu'est l'intérêt général

Selon l'administration fiscale ont un caractère d'intérêt général les organismes remplissant cumulativement les conditions suivantes :

- Mener des actions présentant au moins l'un des caractères visés aux articles 200 et 238 bis du Code Général des Impôts (sont mentionnées : les activités ayant un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel ou concourant à la mise en œuvre du patrimoine artistique, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques) ou au bénéfice d'organismes énumérés par ces articles<sup>3</sup>
- Être gérés de manière désintéressée
- Exercer de manière prépondérante des activités non lucratives
- Ne pas fonctionner au profit d'un cercle restreint de personnes

En conséquence, tout projet accompagné par la Direction du mécénat en partenariat avec un donateur doit correspondre à une œuvre d'intérêt général. De surcroît, le projet doit consister en des activités conformes aux missions de service public du CHU.

### Les reconnaissances tolérées

Dans le cadre du mécénat, il n'y a pas de contrepartie directe pour le donateur. Par exception, certaines actions de reconnaissance sont tolérées. Ces actions de reconnaissance ne sont pas obligatoires. Elles doivent toujours être discutées et validées par la Direction du mécénat qui visera à ce qu'elles soient disproportionnées par rapport au don effectué. Un programme de reconnaissance pourra être octroyé au donateur. Ces reconnaissances tolérées peuvent notamment prendre la forme de :

- remerciement du donateur sur le site Internet et/ou sur les supports de communication du CHU et du Projet.
- utilisation du logo du donateur (cette utilisation ne peut revêtir les caractéristiques d'une promotion)
- remerciement du donateur lors d'un événement organisé dans le cadre du projet (inauguration...)
- organisation d'un temps de remise de don dans le service soutenu, visite privée avec rencontre des équipes
- plaque au nom du donateur
- intervention du porteur de projet au sein de l'entreprise mécène pour un temps d'échange, une conférence ou une action de santé publique
- reconnaissances institutionnelles symboliques (participation au comité exécutif du mécénat...)

Ce qui est considéré comme une contrepartie prohibée dans le cadre du mécénat

De manière générale, toute entrave à **la charte éthique du mécénat du CHU** est prohibée.

Voici quelques exemples d'actions considérées comme des contreparties non autorisées pour le donateur. Cette liste de contreparties est non exhaustive et la qualification d'autres actions comme des contreparties pour le donateur reste à l'appréciation de la Direction du mécénat :

- Sur la base d'actions de mécénat passées ou à venir, l'octroi de marchés publics ; de tout privilège sur l'accès aux soins ; la signature de contrat de recherche ou de prestation à prix avantageux...
- La publicité ou prescription des produits de l'entreprise mécène. Les porteurs de projet exercent leur activité en toute liberté et indépendance par rapport au donateur.
- La remise des données, résultats ou rapports au seul usage du donateur.

***Pour toute demande d'un donateur ou toute action que vous souhaiteriez mettre en œuvre avec lui, contactez la Direction du mécénat, avant de prendre tout engagement.***

Le sponsoring, autre mode de financement en dehors du mécénat

« *Le sponsoring est un contrat par lequel une entreprise finance une activité culturelle, sportive, artistique ou scientifique en échange d'une promotion et d'une publicité de sa marque*<sup>4</sup>. » Le sponsoring est une opération commerciale pour le sponsor, comme par exemple le parrainage d'un colloque avec la tenue d'un stand à visée commerciale ou la distribution d'objets publicitaires avec le logo du sponsor.

## 2 - Règles à respecter pour l'utilisation du don

### Respect de la volonté du donateur

Le CHU doit utiliser le don conformément à l'objet souhaité par le donateur. Ainsi, pour modifier l'objet du don, il faut obtenir l'accord formel du donateur.

### Information sur l'utilisation du don

Afin d'assurer la transparence sur l'utilisation des fonds, il est recommandé d'informer le donateur de la bonne gestion de ceux-ci. Au-delà de l'engagement du CHU concernant la transparence, il s'agit également de renforcer la confiance et de pérenniser les liens entre le CHU et le donateur en vue de le fidéliser.

### Part du don allouée au financement du Projet

Pour tout don effectué au bénéfice du CHU, douze pour cent (12%) du montant du don sont prélevés. Ce pourcentage est appliqué sur chaque versement, au titre des charges indirectes générées par la mise en œuvre du projet au sein du CHU.

### Dépenses éligibles

Les dépenses doivent respecter un certain nombre de règles :

- Pour être éligibles les dépenses doivent être engagées exclusivement pour des actions menées dans le cadre du mécénat (Cf. "Généralités sur le mécénat").
- Les dépenses doivent être engagées exclusivement dans le cadre du projet et conformes avec l'objet du projet validé en Comité exécutif du mécénat. Elles ne peuvent servir à couvrir des dépenses pérennes, notamment RH.
- Le porteur de projet doit se soumettre aux procédures internes d'achat du CHU, l'expression des besoins se faisant auprès de ses interlocuteurs habituels en respect du code des marchés publics. Les dépenses se font en TTC et les frais associés (consommable, maintenance...) doivent être pris en compte avant toute demande de devis.
- Lors de toute commande, le porteur de projet doit impérativement préciser le code mécénat de son projet afin que celui-ci apparaisse bien sur l'ensemble des bons de commande.
- Les coûts sont raisonnables et justifiés. Ils répondent aux principes de bonne gestion financière, notamment aux principes d'économie et d'efficacité. Toute dépense ou mission doit être justifiée (facture, billet de train...)

## 3 - Engagements du porteur de projet

Le porteur de projet s'engage à :

- lire cette charte d'engagement ainsi que la charte éthique du mécénat du CHU et en respecter les règles et valeurs ;
- tout mettre en œuvre pour la réussite de la levée de fonds : participation active aux rendez-vous et réunions organisées par la Direction du mécénat, rédaction de documents... ;
- coordonner le projet et tout mettre en œuvre pour sa bonne réalisation dans un délai de 18 mois après réception des dons ;

- tenir régulièrement informé la Direction du mécénat de l'avancement général du projet ;
- faciliter la mise en œuvre du programme de reconnaissance octroyé au donateur et défini par la Direction du mécénat ;
- respecter les règles du mécénat ; en particulier ne pas offrir de contrepartie directe aux donateurs;
- coopérer avec la Direction du mécénat sur les actions de communication que celle-ci souhaite mettre en œuvre afin de valoriser le projet et ses donateurs et l'informer de toute action de communication en lien avec le projet.

Fait le

Signature du porteur de projet

Visa du Directeur référent

Nom :

Nom :

Fonction :

Fonction :

-----

<sup>1</sup> Au titre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP), le don est réductible à hauteur de 66 % dans la limite de 20 % du revenu imposable (don à effectuer avant le 31 décembre) – Au titre de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI), 75 % du don versé peut être réduit directement de l'impôt dû dans la limite de 66 667 € – Le don au nom de l'entreprise est réductible à hauteur de 60 % (jusqu'à 2 millions d'euros, pour la part des dons effectués au-delà de 2 millions, le taux de réduction passe à 40%) dans la limite de 0,5% du chiffre d'affaires (art.238 bis du C.G.I) ou de 20 000 euros. Lorsque le montant de la défiscalisation est supérieur à ce plafond, l'excédent peut être reporté sur les 5 exercices suivants.

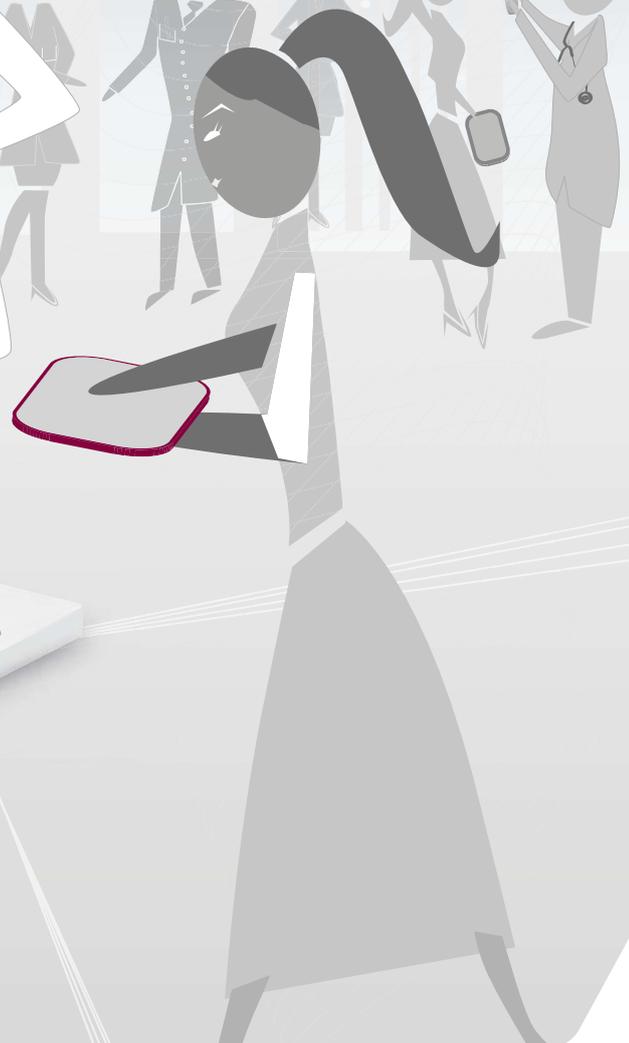
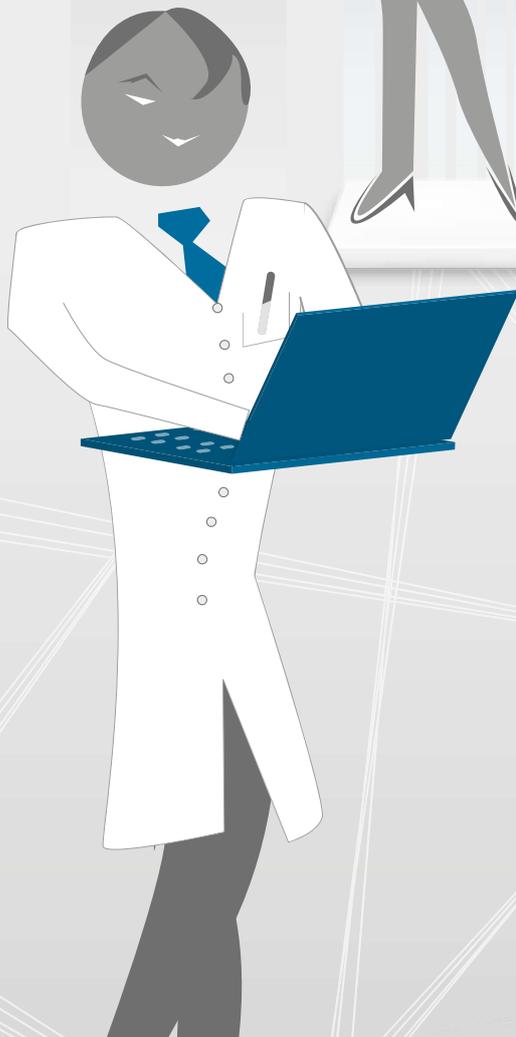
<sup>2</sup> Définition donnée par l'arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière

<sup>3</sup> Définition de l'administration fiscale

<sup>4</sup> Définition donnée par l'arrêté du 6 janvier 1989 relatif à la terminologie économique et financière

H

# Bonnes pratiques DES RÉSEAUX SOCIAUX



**CHU  
BDX**

CENTRE  
HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE  
BORDEAUX

H

Les réseaux sociaux sont des espaces sur Internet où les utilisateurs peuvent échanger, créer des liens, partager des opinions ou des informations entre amis, proches, relations professionnelles mais aussi publiquement.

Les réseaux sociaux les plus utilisés sont : Facebook, Youtube, Instagram, TikTok, X, LinkedIn... Mais aussi Reddit, Discord, Twitch, etc. Les messageries instantanées sont aussi des espaces d'échanges : WhatsApp, Messenger, Telegram...



# Bonnes pratiques DES RÉSEAUX SOCIAUX

Ce guide sur les réseaux sociaux est destiné aux personnes impliquées dans la vie de l'établissement de santé : **professionnels, étudiants, patients** et **visiteurs** mais aussi **prestataires extérieurs, fournisseurs, stagiaires**.

Soucieuse d'accompagner les professionnels de la santé dans l'amélioration de la relation patients / soignants, la Fondation d'entreprise MACSF a souhaité porter ce projet.

La volonté des auteurs\* de ce document est de permettre une bonne utilisation des réseaux sociaux sans risque d'atteinte à l'image :

- de l'**établissement**,
- des **personnels**,
- de leurs **proches** et
- des **patients**.



\* Ce document a été le fruit du travail conjoint en 2013 des responsables de la direction des communications de la MACSF et des directions de la communication du CHU de Bordeaux et du CH de Pontoise, accompagnés d'un professionnel du web (Agence Web Report).  
Le CHU de Bordeaux apporte des modifications régulières sur ce document.

# LES RÉSEAUX SOCIAUX

## bouleversent nos relations !

Avec l'apparition de ces nouveaux espaces de communication, le développement de l'*hyperconnexion* (ordinateurs, smartphones, tablettes), **tout le monde peut être un émetteur d'information**, en temps réel.

Les espaces de **vie personnelle** et de vie privée s'imbriquent de plus en plus avec les **temps et espaces professionnels**.

Les frontières deviennent perméables.

C'est une formidable **opportunité** pour améliorer l'écoute des usagers et le service hospitalier mais aussi l'image des établissements et des professionnels.

Mais il est nécessaire de connaître les **bénéfices** et les **limites** de chacun de ces outils.



« Un peu perdue dans son nouveau service, Jeanne utilise le WhatsApp de sa promo pour discuter avec ceux qui y sont déjà passés. Son intégration est une réussite. »



## Idées reçues ?

### Internet, c'est un truc de jeunes !

Mais pas seulement ! Les seniors s'en emparent : **50%** des **70 ans et plus** ont effectué des achats sur Internet dans les 12 derniers mois.

(Source : CREDOC, baromètre numérique 2021)

### Les réseaux sociaux, ça ne sert à rien d'y être !

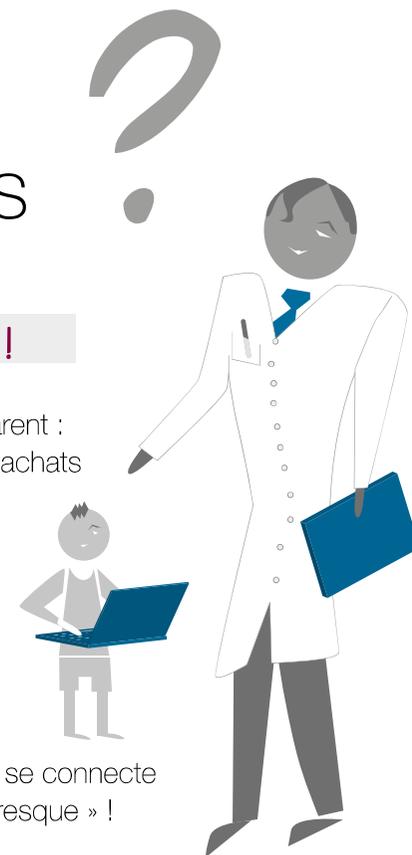
Et pourtant ! **48%** de la population française se connecte sur les réseaux sociaux « tous les jours ou presque » !

(Source : Eurobaromètre Standard 86, 2016)

### Un accès filtré par l'hôpital évite toute présence sur les réseaux sociaux.

Sauf que **73%** des français (de 12 ans et plus) sont équipés d'un smartphone, ils peuvent consulter les réseaux sociaux partout !

(Source : Baromètre du numérique 2017 - L'Arcep, le Conseil général de l'économie (CGE) et l'Agence du Numérique)



# Le **CODE** de *bonne conduite* sur les **RÉSEAUX**

## *Je sépare bien* ma vie privée et ma fonction professionnelle

Si je renseigne ma profession en indiquant le nom de mon établissement sur mes pages personnelles... j'ai conscience que **l'image de l'établissement peut être associée à mon comportement.**

**Ce que dit le droit :** le **devoir de réserve** m'oblige à éviter, en toutes circonstances, sur mon lieu de travail et en dehors des heures de travail, tout mode d'expression de mes opinions ou comportement de nature à porter atteinte à l'image et à la considération du service public, et ce quel que soit le média utilisé.

## *J'évite de prendre la parole* au nom de mon établissement

Si je lis de fausses informations, des critiques sur mon établissement, un service, des collègues... **j'évite de répondre directement** aux internautes. J'informe la direction de la communication de l'hôpital et/ou **ma hiérarchie qui prendra la décision** d'une éventuelle réponse.

## *Je respecte mes collègues et amis.* Et eux me veulent-ils toujours du bien ?

Je vérifie que mes amis ne me **désignent pas** sur certains réseaux **et je ne les implique pas non plus** avec des publications qu'ils n'auraient pas souhaitées. (Identification sur des photos notamment).

« Un patient filme avec son téléphone le passage des personnels\* dans sa chambre et poste la vidéo sur les réseaux sociaux. L'hôpital porte plainte au nom des personnels. »

\* Droit à l'image.

**Ce que dit le droit :** le **droit à l'image** implique que je dispose d'un droit exclusif sur mon image. Je peux donc m'opposer à toute reproduction qui n'aurait pas recueillie mon autorisation expresse, libre et éclairée. Le patient dispose du même droit. Compte tenu du **caractère privé** de la chambre d'un patient (assimilable à un domicile), le CHU recommande d'éviter toute capture d'image à l'hôpital puis diffusion sur un support internet de l'image d'un patient sans le consentement de celui-ci.

La captation de l'image d'une personne reconnaissable, dans un lieu privé, et sa diffusion sur internet, sans son accord, engage, sauf exceptions, la responsabilité pénale de la personne ayant capté et/ou diffusé l'image qui risque un an d'emprisonnement et 45000 euros d'amende (Article 226-1 du Code Pénal).

## *Je vérifie régulièrement* les paramètres de confidentialité sur les réseaux sociaux

Certains réseaux changent ces paramètres tous les **6 mois**. Brusquement un profil privé devient public.

**Ce que dit le droit :** les propos tenus sur un réseau social peuvent être considérés comme publics. Selon le verrouillage choisi par le détenteur du compte, les propos tenus seront accessibles à tout internaute ou à un cercle plus ou moins restreint « d'amis ». **Si mes propos sont diffusés sur un compte Facebook accessible à tous, ou sur twitter, ils sont publics !**

## *J'utilise les fonctions* de géolocalisation avec prudence

Sans vous en rendre compte vous indiquez où vous êtes, à quel moment précis.



« Scoop :  
le chef part  
dans le privé.  
Bon courage les  
copines de la  
clinique des  
fleurs. »

SUR LES  
**RÉSEAUX  
SOCIAUX**  
aussi, je porte une blouse !



# SECRET médical & professionnel doivent être respectés !

## Sur les réseaux sociaux aussi :

- on n'évoque pas les cas des patients car ce sont des espaces publics,
- ce n'est pas parce que les noms sont changés qu'un patient ou une famille ne peut pas se reconnaître,
- le secret médical et le secret professionnel ne doivent pas être enfreints,
- les chartes doivent être respectées (Charte du patient : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>)

**Ce que dit le droit : en tant qu'agent public, je ne dois pas divulguer les informations personnelles dont j'ai connaissance.** Cette obligation s'applique aux informations relatives à la santé, au comportement, à la situation familiale d'un patient, etc. La révélation de secrets professionnels est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende (Article 226-13 du Code Pénal).



« Je respecte l'intimité du patient. »

« Un père de famille trompe son ennui et ses angoisses en « live twittant » son attente aux urgences pédiatriques. Une amie de l'infirmière d'accueil lit ces messages, elle lui téléphone. L'infirmière va reconforter le père. »

Attention aux photos « personnelles », prises avec un smartphone dans les services et notamment aux arrières plans qui peuvent donner des éléments de reconnaissance du lieu, d'autres personnes, de collègues, de patients ou de familles.

## VRAI ou FAUX

### Ces propos n'engagent que moi **FAUX**

Le lien entre un individu et son espace de travail est fait par les internautes malgré la mention de « ces propos n'engagent que moi ». De fait, ces propos engagent aussi votre établissement et vos collègues !

« Lors d'un match de foot « corpo » du CHU un joueur fait un tacle « assassin » sur un joueur adverse : il se retrouve sur youtube. »



### C'est ma vie ! ... C'est **VRAI** mais ...

Si on ne souhaite pas qu'une information soit publique alors on n'en parle pas non plus sur Internet.

Quand on la « partage » sur les réseaux sociaux, on la partage aussi dans la vraie vie. Par exemple, le matin autour de la machine à café, dans la journée avec les patients, ou pendant les gardes.

« Oulah ! Gratinées les photos de votre fête du service. Fallait pas être malade aujourd'hui »

### Avec mon blog, je me vide la tête !... **VRAI**

L'écriture d'un blog (ou d'un journal intime) peut soulager les auteurs d'une charge émotionnelle trop importante. A chaud, la conversation avec les internautes (commentaires) peut être comparée à l'expression d'un groupe de parole.

**Mais attention à ne jamais impliquer directement ou indirectement des tiers :** collègues, patients, établissement, etc..

C'est sur le **WEB**, c'est donc **PUBLIC** !

Un **MESSAGE** sur un réseau social se diffuse **sans contrôle !**  
*viralité... mode d'emploi*



- Le bon réflexe : **en parler** à ses proches, sa famille, son entourage ou bien dans son service afin d'alerter sur les conséquences.
- En cas de découverte d'un « message non-conforme » : **contacter le service compétent** : communication, direction générale\*.

\* Contact au CHU de Bordeaux : direction de la communication  
[communication@chu-bordeaux.fr](mailto:communication@chu-bordeaux.fr)

Quels **RÉSEAUX** quels usages

**PERSO**

- SNAPCHAT
- FACEBOOK
- INSTAGRAM
- YOUTUBE
- TWITTER
- FLICKR
- BLOG

**PRO**

- LINKEDIN
- TWITTER
- FACEBOOK
- INSTAGRAM
- DOYOUNBUZZ
- INTRANET



ici on parle santé !

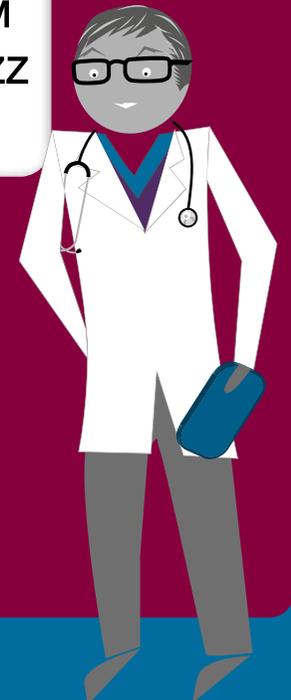
<http://www.aufeminin.com>

<http://www.doctissimo.fr>

<http://www.etreenceinte.com>

<http://www.magicmaman.fr>

« Jérémy et les 650 abonnés de son compte twitter se régalaient de ses commentaires très drôles sur ses collègues de stage infirmier. Drôle pour tout le monde ? Son expulsion du service, il l'apprend dans le bureau de la surveillante. »





«  
S'exprimer  
sur un réseau  
social, c'est  
comme parler  
au micro dans  
un stade. »



COM0216 © CHU de Bordeaux - V 03-2021

Avec la contribution de :



Conçu et réalisé par :





# COMITE D'ETHIQUE

---

## REGLEMENT INTERIEUR

### **PREAMBULE**

Le comité d'éthique du CHU de Bordeaux est l'instance chargée de conduire la réflexion éthique au sein de l'institution conformément à l'article L6111-1 du Code de la Santé Publique.

Il est placé directement auprès du Directeur Général du CHU, mais demeure indépendant quant à ses observations et avis.

Dès lors, il ne se substitue ni au médecin seul responsable de ses décisions médicales, ni à d'autres instances institutionnelles de l'établissement.

Les avis formulés par le comité n'ont aucune force contraignante et n'engagent en aucune façon la personne à l'origine de la demande de saisine.

Ce comité n'est pas compétent pour trancher ou examiner des différends entre personnes ou pour traiter les contentieux médicaux et soignants de l'institution.

### **ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR**

Le présent règlement définit les missions, la composition, et les modalités de fonctionnement du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

### **ARTICLE 2 - MISSIONS DU COMITE D'ETHIQUE**

Il a pour missions :

- De sensibiliser les divers personnels du CHU aux questions d'ordre éthique, au travers notamment de réunions à thème ouvertes à tous.
- De favoriser et animer la réflexion éthique au sein du CHU. Pour ce faire, il doit notamment :

- Promouvoir la formation à l'éthique au sein du CHU.
- Diffuser des informations concernant la réflexion éthique utiles à la pratique clinique.
- D'organiser les modalités d'analyse des situations cliniques dont il est saisi via l'Equipe Mobile d'Ethique Clinique (EMEC) et de soutien aux équipes soignantes.

## ARTICLE 3 – COMPOSITION DU COMITE D'ETHIQUE

Le comité d'éthique associe des professionnels formés et désireux de contribuer au développement de la réflexion éthique au sein de l'établissement. Sa composition est représentative de la diversité des professionnels qui constituent la communauté hospitalière du CHU, y compris sur le volet universitaire.

Afin de mener à bien ses missions, le comité d'éthique comporte :

### ■ Une assemblée

#### Composition : 43 membres environ

Celle-ci comprend des membres de droit, les membres de l'équipe mobile d'éthique clinique (EMEC), des membres formés en éthique ou nommés en raison de leur intérêt pour les problématiques d'éthique du soin.

- **Membres de droit : 5**
  - Le Directeur Général ou son représentant
  - Le Président de la CME ou son représentant
  - Le Directeur du Collège Santé de l'Université de Bordeaux ou son représentant
  - Le Président de la CSIRMT ou son représentant
  - Le Directeur du Comité Ethique de la Recherche CER-Santé
- **Membres** représentatifs de la diversité de la communauté hospitalière ils appartiennent à des pôles d'activités différents.
  - Collège Personnel médical : 9
    - 3 PU-PH
    - 5 PH
    - 1 sage-femme
  - Collège Personnel non médical : 9
    - 2 IDE
    - 3 cadres de santé dont un cadre supérieur de santé et un cadre de santé enseignant en institut de formation et/ou d'unité de soins
    - 2 psychologues
    - 1 agent du service social
    - 1 autre
- **Membres de l'EMEC** : environ 20

La durée du mandat des membres de l'assemblée est de 4 ans.

En fonction des thématiques de réflexion et eu égard à leur compétence en éthique, des personnalités extérieures peuvent être invitées, ponctuellement par le bureau.

### Fréquence des réunions

Cette assemblée se réunit 3 fois par an.

Le président du comité d'éthique peut convoquer l'assemblée en cas de situation d'urgence.

## ■ Un bureau

### Composition : 11 membres

- Les membres de droit précités
- 2 coordonnateurs de l'EMEC
- 4 autres personnes choisies parmi les membres de l'assemblée pour leurs compétences (élues à bulletin secret par l'assemblée)

La durée du mandat des membres du bureau est de 4 ans.

### Missions du bureau

Le bureau facilite le fonctionnement exécutif du comité, dont il assure la gestion au quotidien.

Pour ce faire :

- Il définit et propose à l'assemblée :
  - Le programme et le calendrier d'actions du comité d'éthique, dont notamment les actions de formations et les soirées débats.
  - Les modalités d'analyse des situations cliniques dont il est saisi via l'Equipe Mobile d'Ethique Clinique (EMEC).
- Il rend compte de la mise en œuvre des décisions de l'assemblée, notamment à l'occasion de la présentation du rapport d'activité annuel en assemblée plénière ouverte à tous.

### Fréquence des réunions

Le bureau se réunit tous les deux mois sauf en cas d'urgence.

## ■ Le président

- Il convoque et préside le Bureau ;
- Il arrête l'ordre du jour, en concertation avec le Bureau et convoque l'assemblée au minimum 15 jours avant la séance ;
- Il conduit les débats en assemblée et au bureau ;
- Il assume la fonction de représentation du comité d'éthique. En cas d'indisponibilité, il se fait représenter par le vice-président ou un membre du bureau désigné par lui.

## ARTICLE 4 - NOMINATION, DUREE DES FONCTIONS ET ASSIDUITE

### ■ Nomination

#### Les membres de droit

Leur mandat prend fin en même temps que les fonctions au titre desquelles ils ont été nommés.

En cas de départ en cours de mandat, le nouveau titulaire de la fonction, ou son représentant reprend cette fonction pour la durée restante du mandat.

#### Les autres membres

##### 1/ Pour l'assemblée

- Pour la mise en place de la 1ère assemblée, ainsi qu'à chaque renouvellement du comité d'éthique (soit tous les 4 ans) et il est fait appel à candidature, au sein du CHU. Les professionnels souhaitant faire partie de l'assemblée du comité d'éthique doivent transmettre leur candidature motivée (en précisant leur fonction, service ou unité d'affectation, formations et expériences, adresse mail) au secrétariat du comité d'éthique : [secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr](mailto:secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr).

Les candidatures reçues sont examinées par les membres de droit et les deux coordonnateurs de l'EMEC. En cas de candidatures excédant le nombre de membres prévus par fonction (Cf. article 3.1 du présent règlement) il est procédé à un tirage au sort, par fonction. Ils proposent au directeur général, une composition finale de l'assemblée qui est arrêtée par celui-ci.

- En cas de départ d'un membre en cours de mandat, et après appel à candidature, au sein du CHU, celles-ci sont examinées par le bureau. Le président présente les candidatures retenues en assemblée pour l'élection à bulletin secret.

Au début de leur mandat, les membres de l'assemblée prennent connaissance de la charte du comité d'éthique et la signent.

##### 2/ Pour le bureau

Les membres de l'assemblée souhaitant faire partie du bureau, doivent faire connaître leur candidature motivée (en précisant leur fonction, service ou unité d'affectation, formations et expériences, adresse mail) au secrétariat du comité d'éthique : [secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr](mailto:secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr)

- Pour la mise en place du premier comité d'éthique, et à chaque renouvellement de celui-ci (soit tous les 4 ans) les candidatures reçues sont examinées par les membres de droit

et les deux coordonnateurs de l'EMEC. Elles sont présentées en assemblée pour élection à bulletin secret.

- En cas de départ d'un membre du bureau en cours de mandat, en tant que personnes choisies pour leurs compétences, il est fait appel à candidature au sein de l'assemblée. Celles-ci sont examinées par le bureau, puis présentées à l'assemblée pour élection à bulletin secret.

### **3/ Le président du comité d'éthique et le vice-président**

Ils sont nommés par le Directeur Général, parmi les membres du bureau, sur proposition de ce dernier, après avis du Président de la CME et/ou du coordonnateur général des soins en cas de candidature d'un professionnel paramédical.

A chaque modification de la composition, la composition nominative du comité d'éthique est arrêtée par le Directeur Général et est diffusée à l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale du CHU.

#### **■ Durée des fonctions**

Tous les membres du comité d'éthique sont nommés pour un mandat de 4 ans y compris le président.

En cas de nomination en cours de mandat, le nouveau membre nommé n'effectue que la durée restante du mandat.

#### **Quorum**

Afin que les décisions rendues revêtent un caractère pluridisciplinaire et collégial, un quorum de la moitié des membres plus un est nécessaire à la tenue de l'assemblée.

#### **Démission**

Tout projet de démission doit être porté à la connaissance du président, par le biais d'un mail transmis au moins un mois avant la date prévue, au secrétariat du comité d'éthique : [secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr](mailto:secretariat.comite-ethique@chu-bordeaux.fr)

#### **Accès aux relevés de conclusions**

Les relevés de conclusions du bureau et de l'assemblée sont accessibles sur le SharePoint du comité d'éthique.

#### **Intérim de la fonction de président**

Le Vice – Président assume l'intérim de la fonction de président, si impossibilité ou vacance suite à sa démission. L'intérim ne saurait excéder 6 mois.

Avant ce terme, il est procédé à la nomination d'un nouveau président par le Directeur Général, parmi les membres du bureau, sur proposition de ce dernier, après avis du Président de la CME.

#### **Assiduité**

Chaque membre du comité doit faire preuve d'assiduité.

A l'issue d'une période d'absence continue d'un an, ledit membre est considéré comme démissionnaire et il est procédé à son remplacement.

### **Manquement aux règles**

En cas de manquement aux règles du présent règlement intérieur du comité d'éthique, le bureau appréciera les suites à donner pouvant aller jusqu'à une décision de fin anticipée du mandat. La décision est prise par le Directeur Général, après avis du Président de la CME et/ou du coordonnateur général des soins en fonction du profil du professionnel concerné.

## **ARTICLE 5 – ORGANISATION DES SAISINES PAR L'EMEC**

L'Equipe Mobile d'Ethique Clinique du CHU (EMEC) est rattachée au comité d'éthique. L'EMEC est une cellule pratique d'intervention répondant à des saisines cliniques auprès des équipes du CHU.

### **■ Missions de l'EMEC**

- Assurer un accompagnement des équipes de soin, sur le plan éthique, en complément des autres dispositifs de soutien existants (EMSP, EMOG,...) lorsque les équipes de soin identifient une problématique éthique;
- Soutenir la réflexion des équipes de soin en matière d'éthique ;
- Rédiger un compte rendu d'intervention disponible dans le dossier DxCare de la personne malade exposant la problématique soulevée et les ressources éthiques identifiées pour penser la situation. La prise de décision ou la communication de la décision à la personne malade et aux proches ne relève pas de l'EMEC.

### **■ Composition de l'EMEC**

L'EMEC est composée uniquement des professionnels du CHU formés en éthique (DU en éthique, Master en éthique, Thèse en éthique) et à la méthodologie mise en place au CHU.

Les professionnels désireux de participer à l'EMEC présentent leur candidature aux 2 coordonnateurs EMEC via le secrétariat du comité d'éthique. Les candidatures sont validées par le Bureau en fonction des avis des coordonnateurs de l'EMEC.

### **■ Coordination de l'EMEC**

La coordination de l'EMEC est assurée par 1 médecin et 1 cadre supérieur de santé ou éventuellement un cadre de santé en l'absence du cadre supérieur de santé, maîtrisant la méthodologie mise en place au CHU. Ils sont nommés par le Président après avis du Bureau du comité d'éthique pour une durée de 4 ans, renouvelable.

Les missions de la coordination de l'EMEC concernent l'organisation de :

- Roulements des astreintes des binômes médecin/soignant non médical assurant la permanence avec le soutien du secrétariat du comité d'éthique ;
- Sessions de formation des membres de l'EMEC portant sur la méthodologie en éthique clinique proposée au sein du CHU de Bordeaux ;
- Sessions de débriefings des situations rencontrées par l'EMEC (une session tous les 2 à 3 mois) ;
- Bilans annuels de l'activité de l'EMEC pour présentation à l'assemblée plénière en fin d'année.

Dans certaines situations délicates, les coordonnateurs peuvent solliciter la participation de professionnels experts autres que les membres de l'EMEC et/ ou faire appel à un membre de l'équipe de la Direction des Affaires Juridiques et Ethiques du CHU de Bordeaux pour des interventions en trinôme.

## ■ Modalités de saisine de l'EMEC

Tout service de soin du CHU peut demander un avis au comité d'éthique de l'établissement sur une situation qui lui paraît poser une difficulté particulière d'ordre éthique.

Le patient concerné par la saisine doit être informé de la démarche de l'équipe de soin de faire appel à l'EMEC. Cette information doit être tracée dans son dossier médical.

- Les équipes de soin du CHU de Bordeaux rédigent une demande via le questionnaire DxCare (Equipe mobile éthique clinique EMEC) ;
- Le secrétariat du comité d'éthique centralise les demandes des équipes et les redirige vers les professionnels de l'EMEC d'astreinte au moment de la demande ;
- Le médecin du binôme d'astreinte doit faire en sorte d'organiser dans les délais les plus courts possibles d'une réunion avec l'équipe de soin ;
- La réunion est réalisée en l'absence des personnes malades et de leurs proches ;
- Lorsque l'EMEC est sollicitée par un service, elle intervient seule sans la présence d'autres équipes transversales ;
- Les saisines donnent lieu à la rédaction d'un compte rendu d'intervention par les professionnels du binôme ou du trinôme dans un délai de 5 jours.

## ■ Particularités des saisines hors EMEC

Le comité d'éthique peut être saisi pour des situations complexes et qui ne relèvent pas de l'EMEC (sujets transversaux, patients non hospitalisés...).

Les modalités de ces saisines sont discutées en bureau.

## **ARTICLE 6 - ENTREE EN VIGUEUR DU REGLEMENT ET COMMUNICATION**

### **■ Date d'entrée en vigueur du présent règlement**

Ce règlement intérieur tel qu'arrêté par le Directeur Général, après avis de la commission médicale d'établissement, et de la CSIRMT s'applique à compter de la date de signature.

### **■ Révision du présent règlement intérieur**

En cas de nécessité, le présent règlement intérieur, peut faire l'objet d'une révision.

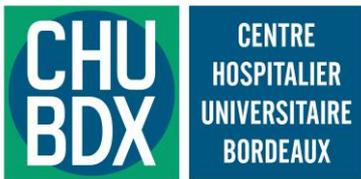
Elaborée par le Bureau, la nouvelle version de ce règlement est présentée par le président et est soumise pour avis à l'assemblée. Le Directeur Général arrête la version définitive du règlement intérieur.

### **■ Communication**

Le présent règlement intérieur est mis à disposition de l'ensemble des professionnels du CHU, sur le site intranet.

A Bordeaux,

Le 15 décembre 2023



Centre Hospitalier Universitaire  
de Bordeaux

Commission des Usagers

Règlement Intérieur

Préambule.....	2
Missions.....	3
Composition.....	4
Fonctionnement.....	4
Examen des réclamations.....	5

---

## Préambule

**Le CHU de Bordeaux affirme son attachement au respect des droits des personnes accueillies au sein de l'établissement tels qu'ils sont définis par les textes et s'engage à mettre en œuvre sa mission dans une approche éthique de l'accompagnement et du « prendre soin ».**

En application de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et du décret n° 2016-726 du 1<sup>ER</sup> r juin 2016, il est constitué au sein de l'établissement une **Commission Des Usagers (CDU)** dont l'organisation et le fonctionnement sont décrits dans le présent règlement intérieur.

Au sens du présent règlement intérieur, la politique de gestion des relations avec les usagers ou politique clientèle de l'établissement s'entend des missions suivantes :

1. Participer à la recherche de la meilleure qualité poursuivie par l'établissement en assurant une bonne gestion des relations avec les usagers, leurs familles, leurs proches et les correspondants médicaux et para-médicaux ;
2. Assurer aux patients et plus globalement à l'ensemble des usagers un strict respect de leurs droits individuels et collectifs ;
3. Recueillir et traiter l'appréciation portée par les usagers sur le fonctionnement de l'établissement et mettre en place les mesures susceptibles d'en faciliter l'expression ;
4. Accueillir les réclamations ou griefs formulés par les différentes catégories d'usagers, en mesurer la pertinence au regard d'éventuels dysfonctionnements et contribuer à en corriger les causes ;
5. Prendre connaissance des évènements indésirables graves survenus au sein de l'établissement et de leur analyse et en tirer les enseignements nécessaires ;
6. Identifier préventivement les situations de tensions entre un usager et les équipes de soins afin d'établir des conditions de dialogue apaisées ;
7. Assurer le règlement amiable des réclamations et si besoin, communiquer aux plaignants les éléments d'information nécessaires à la poursuite de leur action ;
8. S'assurer que les patients ont une claire connaissance de leurs obligations et qu'ils veillent à les remplir ;
9. Participer à l'intégration des usagers dans le fonctionnement de l'établissement.

D'une manière générale, contribuer à l'amélioration de l'ensemble des éléments du séjour d'un patient et d'accueil des autres usagers qu'ils soient matériels ou humains.

## *Missions*

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

Elle examine les réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

Les membres de la CDU s'engagent à respecter la confidentialité des informations transmises.

La CDU participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement (CME). Elle fait des propositions à ce sujet et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la CME. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.

En cas de survenue d'évènements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.

La CDU recueille les observations réalisées par les associations conventionnées intervenant dans l'établissement.

Elle propose et coordonne un « projet des usagers », après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

Ce projet exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La CME contribue à son élaboration. Il est transmis par la CDU au représentant légal de l'établissement. Il est également proposé par la CDU en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

La CDU établit un rapport d'activité annuel qui rend compte de ses analyses et propositions.

Ce rapport d'activité ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil de surveillance, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Il est également transmis à l'ARS.

---

## *Composition*

La commission des usagers est composée :

1° D'un président et d'un vice-président, élus pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission prévus à l'article R.1112-81 du Code de la Santé Publique ;

2° Des médiateurs médical et non médical et leurs suppléants désignés par le directeur général ;

3° De deux représentants des usagers et leurs suppléants désignés par le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) sur proposition des associations agréées en vertu de l'Art. L 1114-1 du code de la santé publique ;

4° Le responsable de la politique qualité participe aux travaux de la commission avec voix consultative ;

5° Le directeur des affaires juridiques et éthiques ou son suppléant participe aux travaux de la commission avec voix consultative ;

6° Le président de la CDU peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix.

La composition nominative de la CDU est arrêtée par le directeur général qui en informe le directeur général de l'ARS.

Elle fait l'objet d'un affichage sur intranet et internet. De plus, le rôle, les missions et l'identité des RU est diffusé par voie d'affichage à l'ensemble des services.

## *Fonctionnement*

La commission se réunit au minimum 8 fois par an sur convocation de son président pour procéder à l'examen des réclamations qui lui sont transmises et débattre de sujets institutionnels ayant trait à l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des usagers.

La planification des bureaux et des CDU se fait annuellement, sont programmées :

- Au moins 4 séances plénières
- Au moins 4 séances restreintes « bureaux »

Les avis de la CDU font l'objet d'une concertation de l'ensemble des membres. En l'absence de majorité, l'avis du président est prépondérant. Les avis sont retranscrits et archivés à disposition de l'ensemble des membres.

L'ordre du jour est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

La commission peut entendre toute personne compétente sur les thématiques abordées en séance.

---

### *Examen des réclamations*

Toutes les réclamations adressées à la Direction Générale du CHU de Bordeaux ou sur les sites hospitaliers sont transmises au président de la CDU.

Un courrier accusé-réception est adressé à l'utilisateur ou sa famille et une instruction est diligentée auprès des responsables des secteurs d'activités concernés.

Au vu des éléments fournis et après avis de la CDU si nécessaire, le plaignant est informé par courrier de la décision de la commission.

Le médiateur médical et non médical participent à l'instruction des réclamations dans leur domaine de responsabilité respectif.

Lors d'une saisine de la CDU, Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membres de la CDU.

Les médiateurs, saisis par le président de la CDU ou par l'auteur de la réclamation, rencontrent ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu dans les meilleurs délais suivant la saisine.

Les médiateurs peuvent également rencontrer le plaignant, sa famille, ses ayants droit ou ses proches de leur propre initiative. Il ne s'agira que d'une proposition susceptible d'être refusée par les intéressés.

Si la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement.

Dans la mesure du possible et sous réserve de l'accord des parties, les rencontres entre les médiateurs et les plaignants ou leurs proches associent les professionnels ayant pris en charge le patient à l'origine de la réclamation.

Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la réclamation, les médiateurs en adressent le compte rendu au président de la commission qui le transmet au plaignant.

Le compte-rendu est présenté et débattu en bureau de la CDU.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Règlement intérieur initial approuvé le 21 octobre 2016 / Modificatif 1 approuvé le 11 mars 2020 / Modificatif 2 approuvé le 26 mai 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'LD' or similar initials, written over a horizontal line.

Luc DURAND

Président de la Commission des Usagers