



LES GUIDES
DE L'AP-HP



RÈGLEMENT INTÉRIEUR

DE L'AP-HP

MAI

2023

Règlement intérieur

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-
HÔPITAUX DE PARIS

Édition 2023

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris a engagé, fin 2016, une démarche permettant aux professionnels de l'AP-HP de réfléchir, ensemble, aux valeurs qui sont les leurs.

Ce travail collectif, auquel près de 3 000 personnes ont contribué, a abouti à la rédaction du « Manifeste des Valeurs de l'AP-HP ».

Ce texte de référence résume les principales valeurs auxquelles la communauté de l'AP-HP est attachée et grâce auxquelles elle compte mériter la confiance de ses patients.

L'AP-HP rappelle aussi ses engagements. Notamment celui d'œuvrer au quotidien pour garantir à tous un libre et égal accès aux soins, dans les meilleurs délais, et de porter collectivement une haute conception du service public.

Pour en savoir plus : <http://valeurs.aphp.fr>

Le Manifeste des Valeurs de l'AP-HP

Travaillant à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, nous nous reconnaissons une responsabilité particulière pour porter collectivement une haute conception du service public hospitalier, être à la pointe de la médecine, faire bénéficier l'ensemble de nos patients des meilleurs soins, être un acteur majeur de la solidarité.

Nous souhaitons mériter la confiance de nos patients. Nous aspirons à ce que la qualité de notre prise en charge et notre intégrité leur donnent envie d'apprécier, de respecter et d'être fiers du plus grand centre hospitalier universitaire européen que nous avons l'honneur de servir.

Nous attachons du prix à la dignité de la personne humaine. Nous faisons tout pour favoriser l'égal accès à des soins de qualité.

Notre action est tournée vers le soin, vers l'innovation, vers la transmission des savoirs et des valeurs.

Nous considérons qu'aucune maladie, aussi rare soit-elle, ne doit être négligée, qu'aucune souffrance ne doit être ignorée, qu'aucun patient ne peut être laissé de côté.

Nous entendons concilier nos missions de proximité avec notre rôle de recours. Avec les universités auxquelles nous sommes liés, nous assumons pleinement nos responsabilités de centre hospitalier universitaire de l'Île-de-France, tout en exerçant des missions nationales et en contribuant au rayonnement international de notre pays et de sa médecine. Au-delà du soin, de l'enseignement et de la recherche, nous nous reconnaissons une responsabilité d'acteur de la santé publique.

Nous cherchons à nous améliorer constamment, en nous interrogeant sur nos pratiques, en nous formant, en adaptant nos organisations, en étant soucieux des ressources qui nous sont confiées, en travaillant avec nos partenaires, en écoutant les patients. Nous sommes attachés à la notion d'équipe.

Si le rôle de nos responsables est de veiller à ce que nos organisations et nos moyens rendent compatibles au quotidien nos conditions de travail avec ces valeurs, notre responsabilité collective est de faire en sorte que nos pratiques individuelles et en équipe, soient en adéquation avec ces valeurs.

Nous considérons qu'il est de notre devoir d'être en première ligne pour défendre une conception exigeante de l'hôpital public face à toute tentation de remise en cause pour des raisons financières ou idéologiques.

Engagements

Nous sommes attachés à garantir un libre et égal accès aux soins, dans les meilleurs délais, sans condition de ressources, sans discrimination et dans le respect de la laïcité ; les partenariats que nous nouons avec d'autres établissements, avec la médecine de ville, avec les acteurs sanitaires et sociaux y contribuent.

Nous garantissons le respect des droits des patients et devons tout mettre en œuvre pour qu'ils expriment librement leur choix et leur consentement. Ils sont acteurs de l'amélioration de la qualité du service public hospitalier notamment par l'expression de leurs attentes, de leur satisfaction et de leurs suggestions. Nous avons à leur égard un devoir d'hospitalité.

Nous fédérons nos compétences au sein d'équipes ; tous les métiers de l'hôpital nous permettent d'assurer la continuité des différentes activités hospitalières, 24 heures sur 24, 365 jours par an.

Nous avons à cœur d'intégrer pleinement nos collègues, avec une volonté particulière pour les personnes porteuses d'un handicap et l'absence de toute discrimination et le maintien d'une tradition de compagnonnage à l'égard des plus jeunes.

Nous échangeons dans un esprit de respect mutuel afin de permettre l'épanouissement personnel de chacun au sein de l'équipe, qui contribue à la richesse de nos relations professionnelles et à la satisfaction de travailler ensemble. La qualité de vie au travail participe à des soins de qualité.

Nous cultivons nos connaissances et nous nous attachons à les partager et les transmettre. Nous sommes engagés dans une démarche continue d'innovation, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en déclarant les événements indésirables, en travaillant sur nos erreurs et en réfléchissant collectivement à nos défauts d'organisation pour les corriger.

Nous reconnaissons le rôle essentiel des représentants des usagers et l'importance de l'action des bénévoles et des volontaires au sein de nos hôpitaux.

Au sein du présent règlement et de ses annexes, le mot « hôpital » doit être substitué à « groupe hospitalo-universitaire », s'agissant des hôpitaux non intégrés à un groupe hospitalo-universitaire.

Le règlement intérieur des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a été arrêté par le directeur général, après concertation avec le Directoire lors de sa séance du 22 mai 2023

Sommaire

1**Dispositions générales****10**

SECTION 1 L'Assistance publique-hôpitaux de Paris	11
SECTION 2 Direction et instances représentatives locales	15
SECTION 3 Organisation des soins	17
SECTION 4 Organisation hospitalo-universitaire	29
SECTION 5 Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)	31
SECTION 6 Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène	32

2**Dispositions relatives aux consultations,
à l'admission, au séjour et à la sortie du patient****42**

SECTION 1 Accueil, consultation et admission des patients	43
SECTION 2 Accueil et admission en urgence	53
SECTION 3 Dispositions particulières à certains patients	56
SECTION 4 Soins et information sur les soins	69
SECTION 5 Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalo-universitaire	89
SECTION 6 Sortie des patients	101
SECTION 7 Frais de séjour	104
SECTION 8 Dispositions relatives aux naissances et aux décès	106

3

Dispositions particulières aux unités de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

115

Préambule.....	116
SECTION 1 Accueil et admission des patients	117
SECTION 2 Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)	119

4

Dispositions relatives au personnel

124

SECTION 1 Principes fondamentaux liés au respect du patient	125
SECTION 2 Principes de la bonne conduite professionnelle	129
SECTION 3 Expression des personnels	133

5

Dispositions finales

135

SECTION 1 Procédure d'adoption du règlement intérieur	136
SECTION 2 Modification du règlement intérieur	137
Annexes	138
Références	298
Index	311

CHAPITRE 1

Dispositions générales

SECTION 1	
L'Assistance publique-hôpitaux de Paris	11
SECTION 2	
Direction et instances représentatives locales	15
SECTION 3	
Organisation des soins	17
SECTION 4	
Organisation hospitalo-universitaire	29
SECTION 5	
Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)	31
SECTION 6	
Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène	32

SECTION 1

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris

Art. 1 L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, établissement public de santé

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement public de santé de ressort régional, centre hospitalier régional et universitaire de la région Île-de-France. Elle est dans plusieurs domaines chargée de missions nationales et internationales.

Elle gère des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux, ainsi que des services centraux et des services généraux, organisés sous forme de pôles d'intérêt commun.

Le siège de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est fixé au 3 avenue Victoria, à Paris (4^e).

Art. 2 Le conseil de surveillance, le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement et le directoire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris comprend un conseil de surveillance présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou de leurs groupements ou par une personnalité qualifiée. Elle est dirigée par un directeur général nommé par décret en Conseil des ministres, assisté de trois directeurs généraux adjoints.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi. Le nombre des séances du conseil de surveillance et les modalités de convocation de ses membres sont fixés par son règlement intérieur.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement de santé dont l'organisation est déconcentrée. Le directeur général confie la responsabilité des différentes structures de l'établissement à des directeurs qui lui rendent compte de leur gestion.

Le directeur général, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Dans certaines matières, il exerce ses compétences après concertation avec le directoire. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Le directeur général exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans

Le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Le directeur général peut désigner des directeurs exécutifs, membres de son comité de direction, chargés dans un cadre territorial de la coordination des groupes hospitalo-universitaires ainsi que des relations avec les universités. Il réunit au moins tous les deux mois, afin d'assurer la cohérence de l'action de l'établissement, l'ensemble des directeurs des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux.

Le directeur général peut déléguer sa signature aux directeurs des pôles d'intérêt commun, des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il élabore, avec le directeur général, le projet médical de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et assure le suivi de sa mise en œuvre. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il 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.

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Le président de la commission médicale d'établissement est le premier vice-président du directoire, chargé des affaires médicales.

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.

La concertation préalable aux décisions du directeur général se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit. Le directoire se réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé.

Art. 3 Instances représentatives centrales

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée des instances représentatives centrales suivantes :

- une commission médicale d'établissement, qui représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. Sa composition et ses missions sont définies à l'**annexe 1** du présent règlement.

Cette commission peut déléguer une partie de ces attributions aux commissions médicales d'établissement locales ;

- une commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 5** du présent règlement et qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un comité technique d'établissement central dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 6** du présent règlement ;
- un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 7** du présent règlement.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent librement leur organisation interne dans leur propre règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale.

Art. 4 Instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'instances compétentes, sous l'égide de la commission médicale d'établissement et de son président, vice-président du directoire, pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ces instances coordonnées sous l'égide du président de la CME au sein de la Cellule « Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (C-QSS-CAPCU) sont les suivantes :

- le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRiS) ;
- le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives.

La composition et les missions de ces instances sont définies en **annexe 9** du présent règlement. Ces instances conduisent leurs travaux en lien étroit avec la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est par ailleurs dotée d'une commission centrale de concertation avec les usagers (dont la composition et les missions sont définies en **annexe 8** du présent règlement), qui exerce ses missions en collaboration avec la commission médicale d'établissement sur les sujets relevant de sa compétence ainsi qu'avec les instances visées au présent article.

Art. 5 Missions et obligations de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Droits des personnes malades et des usagers

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris assure le service public hospitalier. Elle est au service de la population à laquelle elle assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Elle concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé.

Elle garantit l'égal accès de tous aux soins et la continuité du service, elle veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Elle veille également, en toutes circonstances, à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; elle assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. Les personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

La Charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux du groupe hospitalo-universitaire de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

SECTION 2

Direction et instances représentatives locales

Art. 6 **Nomination et attributions du directeur**

Le groupe hospitalo-universitaire est dirigé par un directeur nommé par le directeur général. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire assure la conduite du groupe hospitalo-universitaire dont il est chargé sous l'autorité du directeur général.

À cet effet, il dispose d'une délégation de signature du directeur général dans différentes matières prévues par un arrêté directorial. Il a autorité sur l'ensemble du personnel du groupe hospitalo-universitaire dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui s'imposent aux professions de santé des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité.

Le directeur établit le règlement intérieur du groupe hospitalo-universitaire qu'il dirige, en conformité avec le présent règlement intérieur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Art. 7 **Gardes de direction**

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le directeur du groupe hospitalo-universitaire organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service de garde.

Art. 8 Instances locales

Le groupe hospitalo-universitaire comprend les instances représentatives locales suivantes :

- un conseil hospitalier territorial ;
- un comité exécutif ;
- une commission médicale d'établissement locale (les hôpitaux d'Hendaye, San Salvador et Paul-Doumer sont dotés d'un comité consultatif médical) ;
- une commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un comité technique d'établissement local ;
- un ou plusieurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail locaux.

Le groupe hospitalo-universitaire comprend également des instances locales relatives aux relations avec les usagers, à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'à l'accueil et la prise en charge des malades, organisées dans les conditions prévues aux **annexes 8** et **9** du présent règlement intérieur type.

L'organisation de ces instances est définie sur la base d'un règlement intérieur type établi dans le respect de la réglementation générale.

Art. 9 Comité exécutif

Au sein du groupe hospitalo-universitaire, un comité exécutif assiste le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalo-universitaire ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de DMU.

Les missions et la composition du comité exécutif sont définies à l'**annexe 3** du présent règlement intérieur.

Organisation des soins

Art. 10 Organisation interne des groupes hospitalo-universitaires

I. L'organisation interne des groupes hospitalo-universitaires a pour objectif de permettre la prise en charge des patients et de faciliter leur parcours de soins intra et extra hospitalier, de promouvoir la qualité et la sécurité des soins, de développer un enseignement de qualité pour l'ensemble des professions de santé et de promouvoir une recherche médicale d'excellence.

Elle contribue à la qualité de vie au travail de tous les professionnels et suscite des conditions de travail favorables à l'épanouissement individuel et à la réalisation des objectifs des équipes. Elle se fonde sur une analyse des fonctionnements existants, des enjeux de la période, des objectifs stratégiques des équipes, de l'hôpital, du groupe hospitalo-universitaire et de l'AP-HP. Elle est ouverte aux partenaires de l'AP-HP, notamment la médecine de ville et les autres établissements de santé dans le domaine du soin, et aux universités et à leurs unités de formation et de recherche, ainsi qu'aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) dans les domaines de l'enseignement et de la recherche.

Elle a vocation à évoluer et pour cela à se soumettre à des processus adaptés d'évaluation.

II. Le groupe hospitalo-universitaire prend en compte sa configuration en hôpitaux ou sites géographiquement distincts, dans son organisation interne et son fonctionnement, notamment en matière de relations avec les usagers et de gestion de ses ressources humaines.

III. Conformément aux dispositions légales sur l'organisation interne des établissements publics de santé telles qu'énoncées à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, le groupe hospitalo-universitaire est organisé en départements médico-universitaires (DMU).

Les DMU regroupent plusieurs services et unités fonctionnelles, pour les unir dans une logique de soins organisés en filière, et dans une logique universitaire d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé. Ils contribuent activement, en lien avec les professionnels et organismes de la médecine de ville ainsi qu'avec les autres établissements de santé, à faire bénéficier les patients d'un parcours de santé approprié à leurs besoins et gradué.

Pour leurs missions universitaires, d'enseignement et de recherche, les DMU agissent en étroite collaboration avec les UFR concernées par leurs activités ainsi qu'avec les EPST et autres partenaires avec lesquels sont conduits des projets de recherche.

L'organisation du groupe hospitalo-universitaire en DMU est régulièrement évaluée et modifiée en tant que de besoin. L'organisation en DMU des groupes hospitalo-universitaires est proposée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la commission médicale d'établissement locale, des directeurs des UFR, chacun pour les DMU qui les concernent et du comité technique d'établissement local.

Les orientations retenues pour cette organisation résultent d'un processus de concertation, impliquant les chefs de service et les responsables des autres structures médicales ainsi que les cadres de santé. Les principes d'organisation et de bon fonctionnement des DMU font l'objet d'une large concertation, associant, selon les modalités les plus adaptées, l'ensemble du personnel médical et soignant.

Les DMU sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central. Les DMU sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire directeur médical de DMU. Ils sont dotés d'un projet de DMU, dont le contenu est précisé à l'**annexe 17** du présent règlement intérieur.

IV. Les services médicaux et médico-techniques constituent les structures élémentaires et essentielles de l'organisation médicale du groupe hospitalo-universitaire.

Ils assurent au plan médical et paramédical la prise en charge des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la mise en œuvre des projets de recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement, en lien avec le projet de DMU.

Le service, ses organes ou instances de fonctionnement et ses responsables médicaux et paramédicaux sont garants de la qualité de vie au travail de chacun.

Les services peuvent être composés d'unités fonctionnelles de service (UFS).

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un DMU pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Elles sont alors appelées unités fonctionnelles de DMU (UFDMU). Ces structures sont placées sous la responsabilité d'un praticien.

Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de DMU et sur proposition du directeur médical de DMU, après avis, du président de la CME locale et avis du CTE local. Les unités fonctionnelles sont créées et supprimées

selon les mêmes modalités que les services. Un hôpital ne relevant pas d'un groupe hospitalo-universitaire peut ne pas s'organiser en département médico-universitaire et s'organise uniquement en services et unités fonctionnelles.

V. Les principes essentiels de l'organisation en DMU et en services et de leurs règles de fonctionnement figurent à l'**annexe 17** du présent règlement intérieur.

Art. 11 Nomination et missions du directeur médical de DMU

Le directeur médical de DMU est nommé pour une durée de quatre ans renouvelable une fois, par le directeur général sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination de l'enseignement médical, vice-président doyen du directoire. Les modalités de cette nomination sont précisées à l'**annexe 17** du présent règlement intérieur. Une parité femme/homme doit être recherchée pour la nomination des directeurs médicaux de DMU. Cette parité s'évalue à l'échelle de chaque groupe hospitalo-universitaire et à l'échelle de l'AP-HP.

Le directeur médical de DMU met en œuvre la politique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au DMU. Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du DMU et l'affectation de ses ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du DMU. Cette organisation est mise en œuvre dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles (UFDMU et UFS) prévues par le projet de DMU. Le directeur médical de DMU organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du DMU.

Le directeur médical de DMU dispose d'une délégation de gestion, et le cas échéant, dans des conditions prévues par le contrat de DMU, d'une délégation de signature du directeur de groupe hospitalo-universitaire.

Il est assisté dans ses fonctions :

- par un comité exécutif de DMU, constitué sous une forme collégiale et dont les modalités de nomination, de composition et de fonctionnement sont précisées à l'**annexe 17** ;
- par des instances de concertation propres au DMU : un bureau et un conseil de DMU ;
- par un cadre administratif de DMU et un cadre paramédical de DMU. Le cadre administratif et le cadre paramédical sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après concertation avec le directeur médical de DMU. Si le DMU comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Un contrat de DMU est signé entre le directeur du groupe hospitalo-universitaire et chaque directeur médical de DMU pour une durée de quatre ans.

Ce contrat de DMU est contresigné par le président de la commission médicale d'établissement, le président de la commission médicale d'établissement locale, ainsi que par les directeurs des UFR, chacun pour ce qui les concerne et par le président du comité de coordination de l'enseignement médical, vice-président doyen du directoire. La commission médicale d'établissement locale et le comité technique d'établissement local en sont informés. Le contrat de DMU définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au DMU ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il mentionne les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs.

Le directeur médical de DMU élabore un projet de DMU qui définit, sur la base du contrat de DMU, les missions et les responsabilités confiées aux services, unités fonctionnelles de DMU et unités fonctionnelles de service et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au DMU. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Art. 12 Nomination, missions et fin de fonction des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU ou de service assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Ils élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle de DMU, en conformité avec le contrat et le projet de DMU, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de DMU, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire pour une durée de quatre ans renouvelable sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. Toutefois, si le président de la commission d'établissement a délégué sa compétence relative à la proposition de nomination des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU au président de la commission médicale d'établissement locale du groupe hospitalo-universitaire concerné, la nomination s'effectue sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale après avis du directeur

médical de DMU et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. En cas d'avis défavorable du directeur médical de DMU, la proposition de nomination est faite par le président de la commission médicale d'établissement.

Dans tous les cas, si l'un des avis requis est négatif, le chef de service ou le responsable d'unité fonctionnelle de DMU est nommé par le directeur général.

Pour les premières candidatures à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU ou en cas de pluralité de candidatures lors d'un renouvellement, le président de la commission médicale d'établissement recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc composée au minimum du président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée, du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du directeur médical de DMU, auxquels peuvent s'adjoindre des personnalités qualifiées pour le lien qu'elles entretiennent avec le service concerné comme les chefs de service en lien avec le service.

La commission ad hoc auditionne le ou les candidats sur leur projet de service ou d'unité ainsi que sur le projet de management, et émet un avis sur la candidature, qui est transmis au président de la commission médicale d'établissement et au directeur général.

La commission prend toute information nécessaire auprès des praticiens titulaires du service ou de l'unité et du cadre paramédical. Elle est destinataire du bilan du précédent mandat qui a été présenté en conseil de service.

En cas d'absence de candidature émanant du groupe hospitalo-universitaire ou en cas d'absence d'avis favorable de la commission ad hoc sur la ou les candidatures présentées, une procédure d'appel à candidatures est mise en place, ouverte aux candidats internes ou externes au groupe hospitalo-universitaire. La commission ad hoc est dans ce cas saisie dans les mêmes conditions.

Dans ces cas, la commission ad hoc peut s'adjoindre deux personnalités extérieures au groupe hospitalo-universitaire, désignées conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

La procédure d'avis préalable de la commission ad hoc n'est pas applicable aux nominations effectuées au sein de l'hospitalisation à domicile et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire.

S'ils le souhaitent, les candidats non retenus peuvent bénéficier d'un entretien avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée et le président de CME locale au cours duquel seront notamment évoqués les motifs du choix effectué ainsi que les perspectives de carrière de l'intéressé.

En cas de renouvellement à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU et en l'absence d'autre candidature, le candidat à son renouvellement présente devant le comité exécutif un rapport sur l'activité de son service ou de son unité et sur sa gestion des ressources humaines. Ce rapport porte notamment sur la mobilité des personnels médicaux, paramédicaux et des cadres ainsi que sur la réalisation d'entretiens annuels avec les praticiens du service ou de l'UFDMU. Lorsque le directeur du GHU, le président de la CME locale et directeur médical de DMU le décident, un second rapport est réalisé par un tiers extérieur qu'ils désignent.

Le conseil de service ou d'unité fonctionnelle de DMU consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et aux propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité.

Cette gestion peut également faire l'objet d'un rapport établi par une personnalité qualifiée extérieure désignée conjointement par le président de CME locale et le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Ces rapports sont transmis au président de CME et à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU par décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après avis du président de la commission médicale d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur médical de DMU. Les responsables d'unité fonctionnelle de service sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable d'unité fonctionnelle de service par décision du directeur de groupe hospitalo-universitaire, après avis du président de la commission médicale d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur médical de DMU.

Art. 13 Nomination et affectation des praticiens hospitaliers

La nomination des praticiens hospitaliers (à temps plein, à temps partiel) au sein du groupe hospitalo-universitaire est prononcée, sur proposition du directeur général, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion.

Leur affectation est prononcée par le directeur général sur un poste vacant du DMU, sur proposition du chef de DMU et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire et, s'il y a lieu, du responsable de la structure interne concernée.

Art. 14 Exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale

En cas de vacance des fonctions de directeur médical de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'**article 11**, le directeur général peut désigner un praticien de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'**article 12**, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut désigner un praticien de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale, après avis du directeur médical de DMU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (s'il y a lieu) et le cas échéant après avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire dont relève le praticien et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée si ce groupe hospitalo-universitaire est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

Art. 15 Fédérations - Départements hospitalo-universitaires

Les DMU, les services et les unités fonctionnelles, tout en conservant leur gestion propre, peuvent être réunis en fédérations, en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires. Les responsables des structures médicales concernées en rédigent, à cet effet, le projet médical. Ces fédérations sont dites :

- fédération « supra-GHU » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant de plusieurs groupes hospitalo-universitaires distincts,
- fédération « intra-GHU » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant d'un même groupe hospitalo-universitaire.

Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier.

En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, un DMU ou l'une ou plusieurs des structures médicales qui le composent peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, et le cas échéant avec d'autres DMU, un département hospitalo-universitaire (DHU). La constitution du DHU est effectuée à l'issue d'un appel à projet. Un contrat entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé. La création des DHU donne lieu à une information de la commission médicale d'établissement locale et à la consultation du comité technique d'établissement local et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local des groupes hospitalo-universitaires concernés. En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, un DMU ou l'une ou plusieurs des structures médicales qui le composent peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, et le cas échéant avec d'autres DMU, un département hospitalo-universitaire (DHU). La constitution du DHU est effectuée à l'issue d'un appel à projet. Un contrat entre l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé.

La création des DHU donne lieu à une information de la commission médicale d'établissement locale et à la consultation du comité technique d'établissement local et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local des groupes hospitalo-universitaires concernés.

Art. 16 Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique. Il peut se faire aider de pharmaciens et de personnels spécialisés, placés sous son autorité technique.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux définis à l'article L. 5121-1-1 du même code, et d'en assurer la qualité ;
- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Elle répond en cas de nécessité aux besoins d'enseignement des centres et instituts de formation de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, à l'exclusion de tout usage sur les patients. Le pharmacien gérant est responsable de l'assurance de qualité de la pharmacie à usage intérieur et veille à la sécurisation du circuit du médicament.

Art. 17 Continuité des soins et permanence pharmaceutique

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence. Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le directeur du groupe hospitalo-universitaire arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde.

Ces tableaux prévisionnels sont transmis au directeur du groupe hospitalo-universitaire, avant le 20 du mois précédant le mois concerné, par le directeur médical de DMU.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est décrite dans le contrat de DMU. Elle relève du pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur en accord avec le directeur médical de DMU.

Art. 18 Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du département médico-universitaire, dans des conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au département médico-universitaire.

Art. 19 Personnel médical, odontologique et pharmaceutique et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, odontologique et pharmaceutique du groupe hospitalo-universitaire, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le 3^e cycle de leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique tels que visés par l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique) ;
- la participation à la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence prévu à l'**article 77** du présent règlement.

Art. 20 Internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée. Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, medico-techniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien agréé auprès duquel l'agence régionale de santé les a affectés. Ils participent à la permanence des soins.

Les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, aux heures de l'après-midi arrêtées par le responsable de la structure interne concernée du département médico-universitaire.

Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien de la structure médicale où ils sont affectés. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent

procéder à des actes ou interventions à caractère invasif que sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu'un praticien soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Lorsqu'ils sont affectés dans des structures d'activités médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

Art. 21 Étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins.

Ils suivent les enseignements dispensés au sein du groupe hospitalo-universitaire et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Art. 22 Sages-femmes

Le cas échéant

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Art. 23 Coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

Art. 24 Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Dans chaque groupe hospitalo-universitaire, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre du comité exécutif et nommé par le directeur. Ce directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect des compétences déléguées aux directeurs médicaux de DMU, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins.

Il propose au directeur du groupe hospitalo-universitaire l'affectation de ces personnels au niveau des départements médico-universitaires. Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques. Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe. Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation. Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

Art. 25 Étudiants des écoles paramédicales

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage. Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Les étudiants en soins infirmiers contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du groupe hospitalo-universitaire et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

SECTION 4

Organisation hospitalo-universitaire

Art. 26 Organisation du centre hospitalier et universitaire

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un centre de soins hospitalier et universitaire où dans le respect des malades sont organisés à la fois des enseignements publics médical, pharmaceutique et odontologique, des enseignements postuniversitaires, des enseignements paramédicaux ainsi que des activités de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est liée à cet effet par des conventions spécifiques avec des unités de formation et de recherche universitaires. Elle organise conjointement avec ces unités les activités des groupes hospitalo-universitaires, qui sont aménagés dans cette perspective. Les législations et réglementations hospitalières et universitaires demeurent respectivement applicables aux structures de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ainsi qu'à celles des universités, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dispositions propres au centre hospitalier et universitaire.

Art. 27 Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), conformément à l'article L. 6142-13 du Code de la santé publique.

Ce comité est consulté notamment sur les conditions dans lesquelles l'Assistance publique-hôpitaux de Paris organise sa politique de recherche conjointement avec les universités et avec les établissements publics scientifiques et technologiques ou autres organismes de recherche.

Art. 28 **Accès aux locaux hospitalo-universitaires**

Les unités de formation et de recherche... de l'université... et le groupe hospitalo-universitaire délivrent des cartes professionnelles d'un modèle uniforme à tous les membres de leurs personnels respectifs. Ces cartes doivent être présentées en tant que de besoin à l'entrée des structures médicales et à toutes réquisitions d'un agent habilité.

L'accès des salles et des locaux hospitaliers est formellement interdit aux étudiants en dehors des heures où ils y sont appelés pour les besoins de l'enseignement. Cette interdiction s'applique au personnel non enseignant (*de ou des unité(s) de formation et de recherche...*) en dehors de ses heures de service, sauf autorisation spéciale du directeur du groupe hospitalo-universitaire.

De même, l'accès des locaux universitaires est interdit aux agents hospitaliers, à l'exception du personnel de direction et de tous autres agents qui pourraient y être spécialement appelés pour les besoins du service ou chargés de la surveillance ou des travaux de nettoyage et d'entretien et ce pendant les heures de travail.

Art. 29 **Tranquillité et respect dû aux malades, confidentialité des informations**

L'exercice de l'activité universitaire, tant par le fait des personnels qui y concourent que par celui de ses installations et matériels, ne doit pas troubler le repos des malades.

Les étudiants et les membres du personnel universitaire et des organismes de recherche doivent en toutes circonstances observer la plus grande correction à l'égard des malades, ainsi qu'une discrétion absolue. Le personnel enseignant est responsable de la bonne tenue des cours, leçons et visites ainsi que de la police des salles et des amphithéâtres où se déroule leur enseignement, à l'égard des étudiants et autres élèves. Les personnels du groupe hospitalo-universitaire et ceux des unités de formation et de recherche, les étudiants ainsi que tous les intervenants pénétrant dans les locaux hospitalo-universitaires qui ont reçu communication d'informations, de documents ou d'autres éléments, qu'ils concernent ou non, directement ou indirectement les malades, sont tenus d'en assurer la confidentialité. Ces informations, documents et autres éléments ne peuvent, sans autorisation, être communiqués à d'autres personnes que celles qui ont qualité pour en connaître ou être exploités par les personnes qui en ont pris connaissance.

Art. 30 Accès des étudiants

Les étudiants autorisés dans le cadre des conventions hospitalo-universitaires à fréquenter les structures médicales du centre hospitalier et universitaire pour y recevoir un enseignement sont :

- les étudiants en médecine de 1^{er} et 2^e cycles, ainsi, le cas échéant, que les étudiants de 1^{er} ou 2^e cycles d'odontologie et de pharmacie, les étudiants des diverses formations en santé de l'unité de formation et de recherche de médecine, les étudiants en biologie de l'unité de formation et de recherche de l'université... Ils sont tenus de porter sur eux une carte d'inscription à leur nom valide pour l'année universitaire en cours et de la présenter à toute invitation de l'autorité universitaire ou de la direction du groupe hospitalo-universitaire ;
- les internes et étudiants de 3^e cycle. Il leur est délivré par les unités de formation et de recherche une carte individuelle valide pour l'année universitaire en cours, distincte de la carte d'étudiant. Ils sont tenus de la porter sur eux et de la présenter sur invitation de l'administration hospitalière.

SECTION 5

Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)

Art. 31 Missions de l'AGEPS

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris comprend un service général, l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), prestataire de service de ses groupes hospitalo-universitaires pour les équipements et produits de santé.

Ce service général dispose pour les activités qui en relèvent du statut de pharmacie à usage intérieur, prévu par l'article R. 5126-5 du Code de la santé publique.

Il participe à la mise en œuvre d'essais cliniques dont l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est promoteur. Il dispose également, pour les activités qui en relèvent, du statut d'établissement pharmaceutique prévu par l'article R. 5124-68 du Code de la santé publique.

Il comprend un comité consultatif médical, dont la composition et les attributions sont prévues en **annexe 4**, ainsi qu'un comité technique d'établissement local et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local. L'école de chirurgie lui est rattachée.

SECTION 6

Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

6.1 Nature et opposabilité des règles de sécurité

Art. 32 Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins du groupe hospitalo-universitaire en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale du groupe hospitalo-universitaire, le directeur du groupe hospitalo-universitaire les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire, au respect des règles de sécurité du fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

Art. 33 Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que le groupe hospitalo-universitaire assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du groupe hospitalo-universitaire, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

Dans la mesure où les conventions qui lient le groupe hospitalo-universitaire à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du groupe hospitalo-universitaire leur sont opposables. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur du groupe hospitalo-universitaire les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

6.2 La sécurité générale

Art. 34 Accès au groupe hospitalo-universitaire

L'accès dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur, qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du groupe hospitalo-universitaire n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie du groupe hospitalo-universitaire.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Pour accéder aux locaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris les personnels, les étudiants et les prestataires sont tenus de porter de façon visible leur carte professionnelle et de la présenter sur demande.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions de l'**article 169** du présent règlement, il est interdit d'introduire au sein du groupe hospitalo-universitaire animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Art. 35 Calme et tranquillité au sein du groupe hospitalo-universitaire

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du groupe hospitalo-universitaire, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter le groupe hospitalo-universitaire. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 36 Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application. Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité). Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou des personnels responsables de ces unités. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive. Ils peuvent retenir aux sorties du groupe hospitalo-universitaire, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur du groupe hospitalo-universitaire, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à l'**article 42** du présent règlement, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Art. 37 Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéoprotection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives locales compétentes du groupe hospitalo-universitaire. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéoprotection doivent en particulier respecter les dispositions du code de la sécurité intérieure et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Art. 38 Atteintes au bon fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire

La mise en œuvre par le groupe hospitalo-universitaire de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Art. 39 Sécurité et protection des personnels

Les patients et leurs proches doivent en toutes circonstances garder un comportement correct et respectueux vis-à-vis du groupe hospitalo-universitaire et des personnels hospitaliers.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est

passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le groupe hospitalo-universitaire.

Art. 40 Rapports avec l'autorité judiciaire

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

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

Art. 41 Rapports avec les autorités de police

Seul le directeur du groupe hospitalo-universitaire a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du groupe hospitalo-universitaire une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur du groupe hospitalo-universitaire doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...). Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

Art. 42 Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès du groupe hospitalo-universitaire à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du groupe hospitalo-universitaire. En cas de péril grave et imminent pour le groupe hospitalo-universitaire, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation. En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du groupe hospitalo-universitaire, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

6.3 La sécurité du fonctionnement

Art. 43 Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant le groupe hospitalo-universitaire. À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernés. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention. Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt. Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant, qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local. Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Art. 44 Astreinte technique

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire organise une astreinte technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire. Il désigne les agents des services techniques du groupe hospitalo-universitaire qui participent à cette astreinte, distincte du service de garde de direction prévu à l'**article 7** du présent règlement.

Art. 45 Registre de sécurité anti-incendie

Le groupe hospitalo-universitaire est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs...) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du Code de l'environnement et de celles relatives aux immeubles de grande hauteur et aux habitations. Le groupe hospitalo-universitaire doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- l'état et la situation des moyens de secours ;
- les dates des divers contrôles et vérifications, ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu dans les différents domaines techniques ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes, clapets coupe-feu...);
- les dates et contenus des opérations de travaux liées au schéma directeur réalisées au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont présentés à la commission de sécurité incendie à l'occasion de ses passages au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 46 Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du groupe hospitalo-universitaire fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer. *(Le cas échéant, dans les groupes hospitalo-universitaires comprenant une unité de soins de longue durée : les patients hospitalisés au sein des unités de soins de longue durée du groupe hospitalo-universitaire peuvent néanmoins être autorisés à fumer dans leur chambre, en ce qu'elle constitue un espace privatif, étant précisé qu'une telle autorisation, délivrée à titre individuel, ne peut en aucun cas permettre à un patient de fumer dans son lit, ni dans une chambre qu'il partage avec un patient non-fumeur.)*

(Le cas échéant : à titre exceptionnel, l'application de l'interdiction de fumer peut être progressive pour certains patients en raison de leur pathologie, lorsque la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures.)

Il est interdit de vapoter dans les structures de l'AP-HP destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ainsi que dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

6.4 La circulation et le stationnement automobiles

Art. 47 Voirie hospitalière

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire constituent des dépendances du domaine public de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, que les autorités hospitalières créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts seulement au personnel et aux usagers du groupe hospitalo-universitaire, ne peuvent être considérés comme des voies ouvertes à la circulation publique *(le cas échéant : exception faite des rues du groupe hospitalo-universitaire dont l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a demandé qu'elles soient classées « voies privées ouvertes à la circulation publique »)* et échappent donc à la compétence des autorités chargées de la police de la circulation.

En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein du groupe hospitalo-universitaire, dans les conditions de l'**article 49** du présent règlement.

Art. 48 Règles de compétence

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives locales du groupe hospitalo-universitaire. Dans ce cadre et sous réserve de l'application du Code de la route dans celles de ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, les caravanes). En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres.

Art. 49 Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application de l'**article 48** doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute du groupe hospitalo-universitaire, elles ne sauraient donc engager la responsabilité du groupe hospitalo-universitaire, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement de l'établissement – entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le Code de la route.

Art. 50 Accès des véhicules des étudiants et des personnels universitaires

Les étudiants et les membres du personnel universitaire n'ont accès qu'aux voies et aux cours du groupe hospitalo-universitaire qu'ils doivent emprunter pour se rendre dans les locaux affectés à l'enseignement ou à leurs dépendances.

Dans toute la mesure du possible, les étudiants et les membres du personnel universitaire doivent s'abstenir d'y circuler ou d'y stationner sans nécessité.

Les véhicules utilisés tant par les étudiants que par les membres du personnel universitaire doivent être stationnés en dehors de l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire, sauf s'il existe des emplacements prévus à cet effet et sur autorisation expresse du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou du directeur (de l'unité de formation et de recherche...).

Dispositions relatives aux consultations, à l'admission, au séjour et à la sortie du patient

SECTION 1 Accueil, consultation et admission des patients	43
SECTION 2 Accueil et admission en urgence	53
SECTION 3 Dispositions particulières à certains patients	56
SECTION 4 Soins et information sur les soins	69
SECTION 5 Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalo-universitaire	89
SECTION 6 Sortie des patients	101
SECTION 7 Frais de séjour	104
SECTION 8 Dispositions relatives aux naissances et aux décès	106

SECTION 1

Accueil, consultation et admission des patients

Art. 51 Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du groupe hospitalo-universitaire. Les patients ne peuvent, à raison de leurs convictions, récuser un agent ou la présence d'autres usagers, ni exiger une adaptation du fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 52 Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent au groupe hospitalo-universitaire.

Dans les hôpitaux de soins de courte durée :

Le groupe hospitalo-universitaire a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

1.1 Accueil et admission

Art. 53 L'accueil des patients

Le groupe hospitalo-universitaire a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Une signalétique adaptée précise à l'accueil du groupe hospitalo-universitaire la localisation de ses différents services et consultations externes. Le personnel du groupe hospitalo-universitaire est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance.

Art. 54 Livret d'accueil et questionnaire de sortie

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du groupe hospitalo-universitaire un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du groupe hospitalo-universitaire ou de l'hôpital, ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret. Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée y sont inclus.

Chaque patient reçoit par ailleurs un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Art. 55 Compétence du directeur du groupe hospitalo-universitaire en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 56 Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient et sous réserve des dispositions des **articles 52, 96** et **109**, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte Vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...) ;
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'État.

Si le patient ne peut présenter sa carte Vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'**article 52**, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Art. 57 Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde du groupe hospitalo-universitaire, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier.

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Le praticien qui adresse un patient à un groupe hospitalo-universitaire de l'AP-HP accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Art. 58 Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du groupe hospitalo-universitaire où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

Art. 59 Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Art. 60 Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne du groupe hospitalo-universitaire constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du groupe hospitalo-universitaire ou nécessitant des moyens dont le groupe hospitalo-universitaire ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un groupe hospitalo-universitaire ou un établissement susceptible d'assurer les soins requis. L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé. Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

Le transfert est notifié à la personne à prévenir que le patient aura désignée lors de son admission.

1.2 Consultations

Art. 61 Consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du groupe hospitalo-universitaire pour les patients externes. La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont accessibles au public sur le site internet de l'AP-HP.

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire établit et tient à jour, en accord avec les responsables DMU concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations. Il s'assure que les médecins exerçant au sein du groupe hospitalo-universitaire veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

Art. 62 Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte Vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé visée à l'**article 52**, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

Art. 63 Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

Le cas échéant

Afin d'assurer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, leurs traitements préventifs ainsi que l'accompagnement des patients dans la recherche de soins appropriés un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé, propose notamment, au sein du groupe hospitalo-universitaire, à toute personne qui se présente, une consultation médicale d'information et de conseil, éventuellement les tests sérologiques de dépistage de l'infection par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ainsi qu'une consultation de remise des résultats.

Toutes les prestations dispensées par le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

Art. 64 Dispensaire de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (*Abrogé*)

Art. 65 Protection maternelle et infantile

Le cas échéant

Le groupe hospitalo-universitaire gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile.

Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (le cas échéant : ainsi que des consultations gratuites de dépistage du VIH) ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département.

Art. 66 Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

Le cas échéant

Afin d'assurer des actions de prévention et de soins aux toxicomanes, un centre de soins aux toxicomanes est géré par le groupe hospitalo-universitaire, sur le fondement d'une convention conclue par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris avec l'État.

Aucun paiement n'est demandé aux personnes prises en charge par ce centre de soins.

Art. 67 Centre antipoison

Le cas échéant

Le groupe hospitalo-universitaire comporte une unité chargée de donner avis et conseils spécialisés en matière de diagnostic, de pronostic, de traitement (toxicologie clinique) et éventuellement de prévention des intoxications humaines. Cette unité est dénommée centre antipoison. Elle participe à l'aide médicale urgente et fonctionne 24 heures sur 24.

Art. 68 Consultation hospitalière de tabacologie

Le cas échéant

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, une consultation hospitalière de tabacologie est implantée au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 69 Consultation d'alcoologie

Le cas échéant

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes de l'alcool, une consultation hospitalière d'alcoologie est implantée au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 70 Consultation de dépistage du cancer du sein

Le cas échéant

Le groupe hospitalo-universitaire participe au programme national de dépistage de cancer du sein.

Toute femme âgée entre 50 et 74 ans qui n'a pas été examinée par mammographie depuis deux ans ou qui a reçu une invitation de son centre de Sécurité sociale prescrivant cet acte peut bénéficier d'un dépistage gratuit.

1.3 Alternatives à l'hospitalisation

Art. 71 Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires et les structures dites d'hospitalisation à domicile. Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Art. 72 Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Art. 73 Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires

Ces structures permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire. Elles sont organisées dans les mêmes conditions que celles prévues au dernier alinéa de l'article 72.

Art. 74 Hospitalisation à domicile

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée.

L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le directeur chargé de ce service, après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service. Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dispose de son propre règlement intérieur.

1.4 Activité libérale des médecins du groupe hospitalier

Art. 75 Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent être autorisés à exercer au sein du groupe hospitalo-universitaire une activité libérale dans les conditions définies par le Code de la santé publique. Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

Art. 76 Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Dans certaines spécialités médicales et dans le cadre des dispositions de l'**article 75**, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés. Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein du groupe hospitalo-universitaire, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale. Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

Une commission locale de l'activité libérale est chargée au sein du groupe hospitalo-universitaire de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale locale du groupe hospitalo-universitaire et le directeur du groupe hospitalo-universitaire ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

Art. 76 bis Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques

Les informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein des groupes hospitalo-universitaires sont accessibles au public sur le site internet de l'AP-HP.

SECTION 2

Accueil et admission en urgence

Art. 77 Plan blanc

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc d'établissement », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

Le plan blanc d'établissement peut être déclenché par le directeur général, qui en informe sans délai le préfet de département, ou à la demande de ce dernier.

Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année. Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé « plan blanc élargi », si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.

Le plan blanc élargi est préparé, au niveau de chaque département, par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé. Il est arrêté par l'autorité préfectorale compétente, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il est révisé chaque année.

Art. 78 Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate du groupe hospitalo-universitaire

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate du groupe hospitalo-universitaire, les personnels du groupe hospitalo-universitaire, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou centre de secours) ;

- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

En période hivernale, l'organisation de rondes régulières au sein et aux abords immédiats du groupe hospitalo-universitaire est préconisée aux fins de repérages et de prise en charge des personnes sans-abri en difficulté.

Art. 79 Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents et sans préjudice des dispositions de l'**article 60**, pour que les soins urgents soient assurés au sein du groupe hospitalo-universitaire, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Lorsqu'un patient dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état refuse de quitter le groupe hospitalo-universitaire, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie du groupe hospitalo-universitaire, soit adressé à un organisme à caractère social.

Une fiche est établie par la structure des urgences et transmise au directeur du groupe hospitalo-universitaire pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. Le groupe hospitalo-universitaire procède régulièrement à leur analyse et à leur évaluation.

Art. 80 Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le groupe hospitalo-universitaire. Que le patient ait été conduit au sein du groupe hospitalo-universitaire par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'**article 121**. En cas de transfert dans un autre groupe hospitalo-universitaire ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions des **articles 183 et 184**.

Art. 81 Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis est signé sans délai par un agent du groupe hospitalo-universitaire habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient. Conformément aux dispositions de l'**article 148**, les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions du Code de la santé publique au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver par-devers lui, sous la responsabilité du groupe hospitalo-universitaire, à raison de leur faible valeur et de leur utilité pendant le séjour hospitalier ;
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à l'**article 148**.

Art. 82 Patients amenés par la police

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au groupe hospitalo-universitaire de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces

autorités, conformément aux dispositions de l'**article 80**. Dans le cadre d'une procédure pénale, le groupe hospitalo-universitaire est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes. Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au groupe hospitalo-universitaire, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au groupe hospitalo-universitaire. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à l'**article 131** et le directeur doit, au cas où la personne, alcoolique, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

SECTION 3

Dispositions particulières à certains patients

3.1 Dispositions relatives aux mineurs

Art. 83 Garde et protection des mineurs

Le groupe hospitalo-universitaire, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. À ce titre, il est tenu de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

Art. 84 Scolarisation

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. En outre, le groupe hospitalo-universitaire s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec les associations et organismes spécialisés.

Art. 85 Consultations pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par l'un de ses parents ou son tuteur.

Art. 86 Admission des mineurs

Groupes hospitalo-universitaires à composante pédiatrique

Le groupe hospitalo-universitaire est habilité à recevoir des enfants de moins de 16 ans dans sa structure d'urgence pédiatrique. Si un malade ou un blessé d'un âge plus avancé se présente en urgence dans cette structure, les premiers soins lui sont prodigués avant qu'il soit dirigé, s'il est transportable, vers une structure d'urgence adulte en mesure de le prendre en charge.

Des dérogations peuvent être toutefois autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans la structure d'urgence pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus.

Autres groupes hospitalo-universitaires

Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations peuvent être autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant soit la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, soit la dispensation de soins dans une unité pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus. Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission.

La procédure est alors régie par les principes énoncés à l'**article 132** du présent règlement.

Art. 87 Mineurs présentés en urgence

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par le groupe hospitalo-universitaire, conformément à l'**article 80** du présent règlement.

Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter le groupe hospitalo-universitaire que selon la procédure prévue à l'**article 90** du présent règlement.

Groupe hospitalo-universitaire ne comportant ni structure pédiatrique, ni service spécialisé mixte adultes-enfants

Les mineurs présentés en urgence reçoivent les premiers soins nécessaires et sont ensuite dirigés vers un hôpital d'enfants, s'ils sont transportables.

Art. 88 Hospitalisation des mineurs

Le cas échéant

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

Art. 89 Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à sa demande, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur.

Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission. Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur du groupe hospitalo-universitaire adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Art. 90 Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'**article 150** du présent règlement. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction du groupe hospitalo-universitaire si le mineur peut quitter seul le groupe hospitalo-universitaire ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

Art. 91 Information des mineurs et consentement aux soins

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions des **articles 114** et **129**, sous réserve des dispositions des **articles 92** et **94** du présent règlement sur le droit à la confidentialité des soins. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité. Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Art. 92 Soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires

de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

Art. 93 Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du groupe hospitalo-universitaire si le mineur peut quitter seul le groupe hospitalo-universitaire ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

Art. 94 Mineurs en situation de rupture familiale

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

3.2 Dispositions relatives aux femmes enceintes

Art. 95 Admission en maternité

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du groupe hospitalo-universitaire, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

Art. 96 Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement. Ces formalités sont accomplies par les correspondants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du directeur de l'établissement. À défaut, elles seront accomplies sous la responsabilité de ce directeur : le groupe hospitalo-universitaire sera dans ce cas tenu d'informer la patiente des conséquences juridiques relatives à un accouchement sous couvert de l'anonymat.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département où se trouve le groupe hospitalo-universitaire. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de cinq jours fixé par le Code civil.

Art. 97 Admission des femmes désirant subir une interruption volontaire de grossesse (IVG)

Le cas échéant

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein du groupe hospitalo-universitaire, agréé à cet effet, conformément aux dispositions de la loi du 17 janvier 1975 et de ses textes d'application.

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales.

Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix.

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l'accès au groupe hospitalo-universitaire, la libre circulation des personnes à l'intérieur du groupe hospitalo-universitaire ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux ;
- soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant au sein du groupe hospitalo-universitaire, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières.

3.3 Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre

Art. 98 Admission des militaires

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du groupe hospitalo-universitaire, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire. Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires. L'admission est prononcée sans formalité particulière. Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

Art. 99 Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

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

3.4 Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux majeurs protégés

Art. 100 Admission des personnes atteintes de troubles mentaux

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont selon le cas :

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

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définie par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle et les soins psychiatriques sous contrainte l'exception. Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein du groupe hospitalo-universitaire. Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe. Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet. Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes.

En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Le cas échéant

Un accueil familial thérapeutique est organisé, sous la responsabilité du groupe hospitalo-universitaire, pour permettre le placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des familles d'accueil. Ce placement est effectué conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles.

Art. 101 Information et consentement des majeurs sous tutelle

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information conformément aux dispositions des **articles 114** et **129** du présent règlement.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

Art. 102 Prise en charge des majeurs protégés

Conformément aux dispositions du Code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet. Le préposé en charge des mesures de protection juridique au sein du groupe hospitalo-universitaire, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire. Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique porte à la fois sur la protection des biens et sur la protection de la personne. Le mandataire ne manie aucun fonds. Seul le régisseur du groupe hospitalo-universitaire est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens placés conformément aux directives données par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

3.5 Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus

Art. 103 Audition par les autorités de police

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrante ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au directeur du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 104 Admission des personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun. Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

Art. 105 Admission des détenus

Le cas échéant

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Ces malades ou blessés sont hospitalisés au sein du groupe hospitalo-universitaire, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet. Toutefois, ceci ne fait pas obstacle à ce que le groupe hospitalo-universitaire puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés. Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 106 Soins dispensés en milieu pénitentiaire

Le cas échéant

Le groupe hospitalo-universitaire assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié

par convention. Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Art. 107 Secteur d'admission des détenus

Par dérogation et sur décision expresse du ministre de la Justice, les patients détenus peuvent être traités dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

Art. 108 Surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de la police, de l'autorité militaire ou de l'administration pénitentiaire. En aucun cas, le service de sécurité intérieure du groupe hospitalo-universitaire ne doit être amené à y participer. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

3.6 Autres cas particuliers d'admission

Art. 109 Admission des patients toxicomanes en vue d'une cure de désintoxication

Les patients toxicomanes peuvent :

- soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication ;
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires. Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le Code de la santé publique.

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au sein du groupe hospitalo-universitaire afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet

du traitement. En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, le groupe hospitalo-universitaire en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le procureur de la République. Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats. L'État prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé du groupe hospitalo-universitaire.

Le cas échéant

Les patients toxicomanes sont accueillis au sein du groupe hospitalo-universitaire dans des unités dites de sevrage, spécialement aménagées à cet effet. L'admission donne lieu à un protocole de sevrage entre le médecin responsable et le patient.

Art. 110 Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires

Des patients non résidents en France peuvent être admis au sein du groupe hospitalo-universitaire dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

Art. 111 Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- faire examiner les enfants par un médecin ;
- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance ;
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

Art. 112 Admission des agents de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

L'hospitalisation au sein d'un groupe hospitalo-universitaire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris d'un fonctionnaire hospitalier en activité ou d'un praticien hospitalier à temps plein en activité, titulaire ou stagiaire à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris,

donne lieu à la prise en charge par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris des frais d'hospitalisation non couverts par la Sécurité sociale, à savoir le ticket modérateur et le forfait journalier. En cas d'hospitalisation dans un établissement public de santé autre que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les frais relatifs à celle-ci ne sont pris en charge que dans des cas exceptionnels et sur autorisation du directeur du site d'affectation de l'agent titulaire ou stagiaire.

Art. 113 Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation

L'admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les unités sans spécialisation reçoivent les patients dont l'état, à l'issue de leur hospitalisation en unité de soins de courte durée, nécessite une surveillance médicale en milieu hospitalier, mais ne relève pas d'un traitement spécialisé.

Les unités spécialisées reçoivent les patients atteints de certaines affections qui sont susceptibles d'amélioration.

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du praticien responsable de la structure médicale concernée. Il existe deux modes d'admission :

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans un établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité. Ce transfert doit donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du service de contrôle médical de la caisse de Sécurité sociale dont relève le patient.

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaissent nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite, dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être effectué, dans les conditions prévues à l'**article 197**.

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

SECTION 4

Soins et information sur les soins

4.1 Accueil et admission

Art. 114 Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Le groupe hospitalo-universitaire recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

Art. 115 Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Ce dossier comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières.

Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein du groupe hospitalo-universitaire. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues à l'**article 116**.

Art. 116 Communication du dossier médical

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les professionnels qui y exercent.

Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

- les résultats d'examens ;
- les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation ;
- les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre ;
- les feuilles de surveillance ;
- les correspondances entre professionnels de santé.

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent.

La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.

Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

À titre exceptionnel, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur.

En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue à l'**article 92** du présent règlement, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir leurs droits.

Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi.

La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du groupe hospitalo-universitaire désigné par lui à cet effet. Elle a lieu :

- soit par consultation gratuite sur place ;
- soit par l'envoi par le groupe hospitalo-universitaire de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents.

À la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de huit jours, au praticien que le patient ou son représentant légal a désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient.

Les praticiens responsables des structures médicales communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Art. 117 Clichés d'imagerie médicale

Il est délivré, sans redevance supplémentaire et dans le respect des dispositions de l'**article 116**, aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés au patient. Deux précautions sont alors requises :

- soit la signature par le patient ou l'ayant droit d'un récépissé précisant que celui-ci en devient le seul dépositaire ;
- soit l'accompagnement de l'envoi avec accusé de réception des documents par un courrier daté et signé précisant les documents ainsi adressés.

Le récépissé ou la copie du courrier d'accompagnement doivent être conservés dans le dossier du patient.

Art. 118 Relations avec les familles

Les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

Art. 119 Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le groupe hospitalo-universitaire est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne.

Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Art. 120 Relations avec le médecin traitant

Le groupe hospitalo-universitaire est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient. Le médecin traitant peut, après accord du responsable de la structure médicale concernée et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales comprises dans son hospitalisation.

Art. 121 Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi et énumérés à l'article 217, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venues à la connaissance d'un professionnel de santé du groupe hospitalo-universitaire, de tout membre du personnel du groupe hospitalo-universitaire ou d'organismes en lien avec ce dernier et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec le groupe hospitalo-universitaire ou lesdits organismes.

Par exception à ce principe, le secret peut cependant être partagé dans les cas suivants :

Entre professionnels de santé

Les conditions de ces échanges entre professionnels de santé sont précisées à l'**article 217** du présent règlement intérieur.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti.

Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Avec les proches ou la famille

- En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.
- En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du groupe hospitalo-universitaire ou sur leur état de santé.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

Ces dispositions s'appliquent aux mineurs soumis à l'autorité parentale, sous réserve des dispositions prévues aux **articles 91, 92 et 93**.

Art. 122 Traitements automatisés des données à caractère personnel

Les données personnelles confiées à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris lors des venues des patients en consultation ou hospitalisation sont enregistrées et conservées dans le système d'information de l'AP-HP. Les données sont utilisées pour créer et maintenir le dossier médical du patient, gérer administrativement la prise en charge, organiser et piloter les services de soins et le parcours de soins. Elles sont également susceptibles d'être réutilisées pour réaliser des études dans le domaine de la santé. Les informations médicales concernant les patients sont conservées dans le système d'information de l'AP-HP et partagées avec les professionnels de l'équipe de soins qui les prennent en charge au sein des différents hôpitaux de l'AP-HP. Afin d'améliorer la qualité du parcours de soins, l'AP-HP peut également être amenée à transmettre ces données à des professionnels exerçant en dehors de l'AP-HP intervenant dans la prise en charge et notamment au médecin traitant du patient. Les informations concernant les patients sont susceptibles d'être envoyées chez un hébergeur de données agréé à cet effet. Le dossier médical est conservé, conformément au code de la santé publique, pendant une période de vingt ans à compter de la date de la dernière venue, ou au moins jusqu'au vingt-huitième anniversaire du patient, ou pendant dix ans à compter de la date de décès. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, et d'un droit à définir des directives sur la conservation, l'effacement et la communication de ces données après le décès, en s'adressant par courrier à tout moment au directeur du groupe hospitalo-universitaire. Pour la recherche dans le domaine de la santé, les personnes concernées peuvent également exercer leurs droits à l'adresse Internet suivante : www.recherche.aphp.fr/eds

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent saisir le Délégué à la Protection des Données de l'AP-HP à l'adresse suivante : protection.donnees.dsi@aphp.fr. Le patient dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ».

Art. 123 Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Art. 124 Réclamations et voies de recours

Toute personne accueillie au sein du groupe hospitalo-universitaire (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur du groupe hospitalo-universitaire.

Dans chaque groupe hospitalo-universitaire, la ou les commissions des usagers (CDU) veillent au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches.

Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le médiateur médical ou non médical ou par la CDU locale. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'agit :

- d'une contestation relative au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ;
- de tout litige ou de toute difficulté nés à l'occasion d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.

- S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, département de la médiation et de la responsabilité hospitalière, 3 avenue Victoria, 75184 Paris Cedex 04. Au vu des résultats de l'expertise amiable, la DAJDP adressera au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et dans le cas d'une responsabilité reconnue proposera une transaction avec réparation indemnitaire.
- Il peut saisir la CCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.
- Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

Dans tous les cas, les actions tendant à mettre en cause la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris se prescrivent par dix ans, à compter de la consolidation du dommage.

Préalablement à tout recours en indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler auprès de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (DAJDP), sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.

Art. 125 La médiation

Les médiateurs médecins et les médiateurs non médecins du groupe hospitalo-universitaire

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein du groupe hospitalo-universitaire par le directeur.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande. Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le groupe hospitalo-universitaire peut également proposer au patient ou à ses ayants droit de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non médecin en tant que de besoin.

Le médiateur médecin et le médiateur non médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

Le directeur général désigne un médiateur médecin et un médiateur non médecin, rattachés à la direction générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le médiateur médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est choisi parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans qui ont déjà exercé la fonction de médiateur médical dans un groupe hospitalo-universitaire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Le médiateur non médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est choisi parmi le personnel non médical exerçant ou ayant exercé dans un groupe hospitalo-universitaire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. En qualité de coordonnateurs des médiateurs médecins et non médecins des groupes hospitalo-universitaires, ils veillent à la bonne organisation de la fonction de médiation, à la formation des médiateurs médecins et non médecins et assistent le cas échéant ces médiateurs pour certaines réclamations. Ils veillent au bon traitement des saisines ou demandes des autorités administratives, et notamment celles du Défenseur des droits. Ils exercent, enfin, la mission particulière d'assister le directeur général dans des situations le justifiant au sein d'un groupe hospitalo-universitaire, qu'elles affèrent ou non au champ médical.

Art. 126 Commission centrale de concertation avec les usagers

Une commission centrale de concertation avec les usagers est instituée auprès du directeur général. Cette commission a notamment pour mission :

- d'animer un dialogue et de débattre avec les représentants des usagers ;
- de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers ;
- de contribuer à l'élaboration du programme d'action relatif à 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 ;
- d'élaborer des recommandations sur les sujets examinés et proposer des plans d'actions, accompagnés de mesures de suivi et d'évaluation ;
- d'examiner tout sujet afférent aux usagers et à leurs droits.
- de formaliser un projet des usagers à partir de l'ensemble des projets des usagers élaborés au sein des GHU.

Art. 127 Commissions des usagers locales

Une ou plusieurs commissions des usagers locales (CDU locales) sont instituées au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Elles ont pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

Elles facilitent les démarches de ces personnes et veillent notamment à ce qu'elles puissent exprimer leurs griefs éventuels auprès des responsables du groupe hospitalo-universitaire, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elles sont consultées sur la politique menée dans le groupe hospitalo-universitaire en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge. Elles font des propositions en ce domaine.

Elles sont informées de l'ensemble des plaintes ou réclamations des usagers du groupe hospitalo-universitaire ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elles peuvent avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou 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 commission sont astreints au secret professionnel.

Les commissions comprennent notamment :

- le directeur du groupe hospitalo-universitaire (ou son représentant) ;
- deux médiateurs (et leurs suppléants) ;
- deux représentants des usagers (et leurs suppléants) ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le responsable de la politique de la qualité du groupe hospitalo-universitaire assiste aux séances des commissions avec voix consultative.

Les commissions peuvent entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

La liste nominative des membres des commissions est affichée au sein du groupe hospitalo-universitaire et précisée dans le livret d'accueil. Les commissions se réunissent quatre fois par an sur convocation de leur président et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative. Les commissions disposent d'un règlement intérieur accessible sur demande.

Art. 128 Représentants des usagers

Deux représentants des usagers sont désignés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire au sein du conseil hospitalier territorial du groupe hospitalo-universitaire parmi les personnes proposées par les associations, régulièrement déclarées, agréées, et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Deux représentants des usagers désignés selon les mêmes critères par le préfet du département de Paris, siègent au conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Deux représentants des usagers et leurs suppléants siègent dans chaque commission des relations avec les usagers et de la prise en charge locale. Ils sont désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Les usagers sont informés de cette désignation. Les représentants des usagers doivent pouvoir être saisis aisément et de façon directe par les usagers.

Art. 128 bis Représentants des familles au conseil de surveillance

Un représentant des familles des personnes hospitalisées en unité de soins de longue durée participe avec voix consultative aux réunions du conseil de surveillance. Il est désigné pour cinq ans par le président du conseil de surveillance sur proposition du directeur général parmi les représentants des associations de familles accueillies en unité de soins de longue durée.

4.2 Consentement aux soins

Art. 129 Consentement aux soins : dispositions générales

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

Art. 130 Consentement aux soins : dispositions relatives aux patients hors d'état d'exprimer leur volonté

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'**article 119**, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance prévue à l'**article 119** ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signées par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

Art. 131 Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du groupe hospitalo-universitaire.

Le médecin en informe immédiatement le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

Art. 132 Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence prévus à l'**article 134**.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

Art. 133 Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Art. 134 Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

4.3 Qualité des soins

Art. 135 Droit du malade à des soins de qualité

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Art. 136 Prise en charge de la douleur

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du groupe hospitalo-universitaire mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. 137 Droit aux soins palliatifs

Tout patient dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement approprié dans le respect du libre choix précisé à l'**article 51** du présent règlement intérieur.

4.4 Dons du sang et transfusions sanguines

Art. 138 Dons du sang

Le cas échéant

L'Établissement français du sang (EFS) organise au sein du groupe hospitalo-universitaire la collecte de produits sanguins. Le don de sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ni indirecte. L'EFS assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donateurs de sang à raison des opérations de prélèvement. Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

Art. 139 Produits sanguins labiles

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'établissement hospitalier est rattaché. Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement.

Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'EFS ou le dépôt du groupe hospitalo-universitaire. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue. Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

Art. 140 Sécurité transfusionnelle

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients.

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du groupe hospitalo-universitaire en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

Le groupe hospitalo-universitaire doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'**article 123**.

Le groupe hospitalo-universitaire établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

4.5 Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain

Art. 141 Recherches biomédicales

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique.

Les malades ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Au sein des groupes hospitalo-universitaires comprenant des unités de soins pédiatriques

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

Art. 142 Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut révoquer son consentement à tout moment. Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le groupe hospitalo-universitaire. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

Art. 143 Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourent, directement ou indirectement, tous les hôpitaux et groupes hospitalo-universitaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi. Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement. Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus. Ce refus peut être exprimé à titre principal par l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance. Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant. Le refus de prélèvement des

organes est révisable et révocable à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité. Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit. Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes. Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps. Les médecins doivent s'assurer que les patients âgés de 16 à 25 ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à des fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible. Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

Art. 144 Autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement visées à l'**article 143**. Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

Art. 145 Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, le groupe hospitalo-universitaire est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, cette opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

SECTION 5

Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalo-universitaire

5.1 Principes régissant le séjour

Art. 146 Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire. Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Art. 147 Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré-et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier. L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits

des patients. Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers. Le groupe hospitalo-universitaire prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Art. 148 Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur

Dès sa pré-admission au sein du groupe hospitalo-universitaire et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le patient est invité à n'apporter au sein du groupe hospitalo-universitaire que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du groupe hospitalo-universitaire et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur dont la liste, établie par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, lui est communiquée.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité du groupe hospitalo-universitaire. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le groupe hospitalo-universitaire est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'une somme fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale. À titre exceptionnel, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets ne figurant pas sur la liste des objets de faible valeur établi par le groupe hospitalo-universitaire. Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, le groupe hospitalo-universitaire n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

Le groupe hospitalo-universitaire n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Art. 149 Les repas

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, en fonction du coût réel des prestations fournies.

Art. 150 Autorisations de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le groupe hospitalo-universitaire ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le groupe hospitalo-universitaire le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients admis dans le cadre d'une admission psychiatrique sans consentement en hospitalisation complète pour troubles mentaux peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Elles sont, dans ce cas, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée (en application de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique), pendant toute la durée de la sortie ;
- sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

La sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

Art. 151 Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Le groupe hospitalo-universitaire prévoit un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes qui puisse servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession. Des ministres des différents cultes, agréés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

Art. 151 bis Respect de la vie privée : droits de la personnalité

Les personnels, patients, visiteurs et autres tiers (prestataires, associations, journalistes, photographes,...) ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité, et notamment de leur image ou leur voix, sans l'autorisation expresse des intéressés ou celle de leur représentant légal. Les images et les voix sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur captation, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'Assistance publique - hôpitaux de Paris ne saurait en aucune manière être appelée en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

5.2 Service social hospitalier

Art. 152 Missions du service social hospitalier

Le service social hospitalier, composé de cadres supérieurs socio-éducatifs, de cadres et d'assistants socio-éducatifs et des secrétaires qui les assistent, est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques. Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et les DMU, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée.

Les assistants sociaux font le lien entre le groupe hospitalo-universitaire, ses DMU et la ville.

Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel. Il intervient au sein des différents DMU sous l'autorité du directeur du groupe hospitalo-universitaire dans le cadre du projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

Un coordonnateur, désigné par le directeur général et placé auprès de lui, veille à la mise en cohérence des actions menées par le service social hospitalier du groupe hospitalo-universitaire avec la politique institutionnelle en cette matière.

5.3 Accès des personnes étrangères au groupe hospitalo-universitaire

Art. 153 Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients. Ces restrictions par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs âgés de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités médicales ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des unités de soins concernés.

Art. 154 Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du groupe hospitalo-universitaire. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander au groupe hospitalo-universitaire de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer et de vapoter prévue à l'**article 46**. Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Art. 155 Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent faire l'objet d'une convention entre le groupe hospitalo-universitaire et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Art. 156 Associations de bénévoles

Le groupe hospitalo-universitaire facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du groupe hospitalo-universitaire et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec le groupe hospitalo-universitaire une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur du groupe hospitalo-universitaire une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du groupe hospitalo-universitaire. Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale. Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et

sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

Art. 157 Accès des professionnels de la presse et des photographes

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent préalablement faire l'objet d'une information au directeur du groupe hospitalo-universitaire ou de la direction générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris lorsque le sujet concerné a une portée institutionnelle. L'accès est conditionné à une autorisation écrite du groupe hospitalo-universitaire ou de la direction générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, selon la portée du sujet, donnée après avis du responsable de la structure médicale concernée.

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient s'effectue dans le respect des dispositions de l'**article 151 bis**.

Art. 158 Accompagnants privés

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur du groupe hospitalo-universitaire, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

Art. 159 Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein du groupe hospitalo-universitaire des démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur du groupe hospitalo-universitaire. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Art. 159 bis Accès des agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé

Les agents commerciaux et visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne sont pas autorisés à rencontrer les professionnels dans les zones de soins et de consultations ainsi que les étudiants au sein du groupe hospitalo-universitaire. Des autorisations dérogatoires peuvent être délivrées à des fins non commerciales dans le cadre de protocoles de recherche ou lorsque seul l'industriel dispose de la connaissance nécessaire, par exemple dans le cas d'une formation sur des appareils ou des équipements spécifiques. L'accès de ces agents commerciaux et des visiteurs médicaux s'effectue uniquement dans le cadre de visites collectives ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre l'AP-HP et l'employeur de la personne concernée, et, pour le cas des médicaments antibiotiques, en présence du référent en antibiothérapie du groupe hospitalo-universitaire.

Il s'effectue dans le respect de la Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments et de la Charte de la visite médicale pour les dispositifs médicaux à usage individuel prévues par le Code de la sécurité sociale.

Ces visites doivent s'effectuer selon une planification déterminée. Les visiteurs médicaux doivent être référencés par le groupe hospitalo-universitaire et être identifiables.

En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au groupe hospitalo-universitaire du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

5.4 Règles diverses

Art. 160 Neutralité et laïcité du service public

Toute personne est tenue au sein du groupe hospitalo-universitaire au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne peuvent effectuer des visites au sein du groupe hospitalo-universitaire que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil de surveillance. Les mêmes dispositions s'appliquent aux membres du conseil hospitalier territorial du groupe hospitalo-universitaire qui doivent être mandatés par ledit conseil ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du groupe hospitalo-universitaire sauf autorisation expresse du directeur. Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalo-universitaire, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

Art. 161 Droits civiques

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du groupe hospitalo-universitaire leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

Art. 162 Droit à l'information

Tout usager du groupe hospitalo-universitaire peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi.

Le groupe hospitalo-universitaire doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

Art. 163 Prestataires de service au sein du groupe hospitalo-universitaire

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du groupe hospitalo-universitaire et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil prévu à l'article 54.

Art. 164 Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article 148.

Art. 165 Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du groupe hospitalo-universitaire du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas au groupe hospitalo-universitaire et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

En cas de nécessité, le groupe hospitalo-universitaire met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

Art. 166 Courrier

Le vagemestre du groupe hospitalo-universitaire est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales.

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre infirmier.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vagemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

Art. 167 Téléphone et micro-informatique

Des appareils téléphoniques (le cas échéant, informatiques) peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques. Chaque groupe hospitalo-universitaire définit soit directement, soit par l'intermédiaire d'un prestataire les conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique ou informatique, notamment en ce qui concerne la facturation. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci de confort des patients, selon des conditions économiques permettant au plus grand nombre d'en bénéficier.

Les patients qui le souhaitent peuvent obtenir le transfert au sein du groupe hospitalo-universitaire de leur ligne téléphonique personnelle, dans la mesure où les installations techniques le permettent.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le groupe hospitalo-universitaire, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la direction du groupe hospitalo-universitaire après avis des responsables médicaux concernés.

Le groupe hospitalo-universitaire met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit.

Elles conservent personnellement leur téléphone, la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne pouvant être engagée, sauf en cas de faute commise dans les conditions visées à l'**article 148**, en cas de vol, de perte ou de détérioration. Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables et équipements associés.

L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité. Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu.

Art. 168 Usage des téléviseurs

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande (*selon le cas : auprès du personnel du prestataire ou, en cas de gestion directe de ce service par le groupe hospitalo-universitaire, auprès du cadre infirmier en charge de l'unité de soins ou une autre organisation*). Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables (*selon le cas : soit directement par le prestataire du groupe hospitalo-universitaire, soit par le groupe hospitalo-universitaire*).

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

Des casques audio peuvent être mis à disposition des utilisateurs.

Le cas échéant

Les patients peuvent apporter leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion.

Art. 169 Animaux

L'**article 34** du présent règlement, interdisant, sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire, ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein du groupe hospitalo-universitaire, conformément aux dispositions légales.

SECTION 6

Sortie des patients

Art. 170 Compétence du directeur du groupe hospitalo-universitaire

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du groupe hospitalo-universitaire, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues à l'**article 60**. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

Art. 171 Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le groupe hospitalo-universitaire tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. Le praticien qui a adressé le patient au groupe hospitalo-universitaire en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée

par le médecin du groupe hospitalo-universitaire en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.

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

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration du groupe hospitalo-universitaire sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme. Ces questionnaires sont conservés et peuvent être consultés par les autorités sanitaires.

Art. 172 Sortie contre avis médical

Sous réserve des dispositions de l'**article 92** et à l'exception des mineurs, des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte pour troubles mentaux et des patients visés aux **articles 102 à 108**, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le groupe hospitalo-universitaire.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'**article 131**.

Le patient doit alors signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Art. 173 Sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient quitte le groupe hospitalo-universitaire sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du groupe hospitalo-universitaire et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des personnes), le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le groupe hospitalo-universitaire, à minuit.

Art. 174 Sortie des nouveau-nés

Le cas échéant, au sein des hôpitaux ou groupes hospitalo-universitaires comportant une maternité
L'enfant quitte le groupe hospitalo-universitaire en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure. Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

Art. 175 Sortie par mesure disciplinaire

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre groupe hospitalo-universitaire de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

Frais de séjour

Art. 176 Information

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'AP-HP à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

Art. 176 bis Information sur le coût global de la prise en charge

Pour toute prise en charge effectuée au sein du groupe hospitalo-universitaire, le patient reçoit, au plus tard à sa sortie de l'établissement, un document l'informant du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

Art. 177 Tarifs des prestations

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation, commun à l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, facturé par journée de présence au sein du groupe hospitalo-universitaire, selon des règles spécifiques.

Art. 178 Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour.

Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

Art. 179 Paiement des frais de séjour et provisions

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris par le patient ou par un tiers payeur. Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou, à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission. Ils sont tenus, sauf les cas d'urgence, de verser, au moment de leur admission au sein du groupe hospitalo-universitaire, une provision renouvelable, calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration de la période d'hospitalisation prévue, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée. Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non résidents sont tenus au dépôt d'une provision égale à la totalité des frais prévisibles de leur hospitalisation, sauf s'ils remettent un document attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine, et accepté par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. En cas de non-paiement des frais de séjour, la direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

Art. 179 bis Régime commun et régime particulier

Les groupes hospitalo-universitaires de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris comportent, dans les conditions prévues par les articles R. 1112-18 et R. 1112-19 du Code de la santé publique, deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit et relève d'une tarification spécifique. Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et aux bénéficiaires des soins urgents dispensés au titre de l'article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles. Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Art. 180 Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le groupe hospitalo-universitaire pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année. Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant) ou un patient en fin de vie.

Dispositions relatives aux naissances et aux décès

8.1 Dispositions relatives aux naissances

Art. 181 Déclaration de naissance

Les naissances ayant lieu au sein du groupe hospitalo-universitaire sont déclarées par le père, la mère ou à défaut par un agent du groupe hospitalo-universitaire chargé de l'état civil. Cette déclaration est effectuée, conformément aux dispositions du Code civil, dans les cinq jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent du groupe hospitalo-universitaire à la mairie (de l'arrondissement ou de la commune où a eu lieu la naissance).

Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le groupe hospitalo-universitaire.

Art. 182 Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère. Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse. La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du groupe hospitalo-universitaire.

8.2 Dispositions relatives aux décès

Art. 183 Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du groupe hospitalo-universitaire dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état. Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins. La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du groupe hospitalo-universitaire et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le groupe hospitalo-universitaire d'un lit d'accompagnement ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le groupe hospitalo-universitaire sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Art. 184 Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du groupe hospitalo-universitaire.

Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au président du conseil départemental ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Art. 185 Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier du service :

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'**article 194** ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- une fiche d'identification destinée à la direction du groupe hospitalo-universitaire et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant » ;
- un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures.

L'agent du bureau de l'état civil du groupe hospitalo-universitaire doit annoter pour sa part :

- le registre des décès du groupe hospitalo-universitaire ;
- le registre de suivi des corps ;
- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

Art. 186 Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur du groupe hospitalo-universitaire, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Art. 187 Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'**article 194**, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors du groupe hospitalo-universitaire que dans les conditions prévues **aux articles 188, 189 et 190** du présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Avant toute présentation, les agents du groupe hospitalo-universitaire et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du groupe hospitalo-universitaire du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits. La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public (**annexe 14** du présent règlement).

Art. 188 Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps (à Paris : par le préfet de police de Paris). Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite :

- soit d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile ;
- (*pour les groupes hospitalo-universitaires dépourvus de chambre mortuaire*), soit du directeur du groupe hospitalo-universitaire à condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de 10 heures à compter du décès l'une des personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Dans ce cas, les frais résultant du transport à la chambre funéraire sont à la charge du groupe hospitalo-universitaire ainsi que les frais de séjour du corps durant les trois premiers jours suivant l'admission. En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ; et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

Art. 189 Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps (à Paris : auprès du préfet de police de Paris). Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
 - à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
 - à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du groupe hospitalo-universitaire ;
 - à l'accord écrit du directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
 - à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.
- Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :
- le décès soulève un problème médico-légal ;
 - l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
 - le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur du groupe hospitalo-universitaire de son opposition.

Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 190 Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès,

l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil. Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

Art. 191 Opérations funéraires

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le groupe hospitalo-universitaire tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le groupe hospitalo-universitaire fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le groupe hospitalo-universitaire applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Art. 192 Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté. Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père. En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du groupe hospitalo-universitaire.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le groupe hospitalo-universitaire est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

Art. 193 Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main.

La démarche de don peut être entreprise auprès de l'école de chirurgie des Hôpitaux de Paris (17, rue du Fer-à-Moulin, 75005 Paris ; tél. : 01 46 69 15 20) ou auprès d'un autre établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

Art. 194 Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou un-e infirmier-e. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les personnes décédées au sein du groupe hospitalo-universitaire y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des-dits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente. Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le groupe hospitalo-universitaire, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

Art. 195 Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du groupe hospitalo-universitaire, conformément à l'**article 159**.

Il est également strictement interdit aux agents du groupe hospitalo-universitaire, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Art. 196 Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du groupe hospitalo-universitaire afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, au profit d'un ou de plusieurs groupes hospitalo-universitaires, ou autres structures médicales de leur choix ou à la Fondation de l'AP-HP pour la recherche. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse des groupes hospitalo-universitaires et des structures médicales bénéficiaires ou de toute autre condition émise par les patients, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du groupe hospitalo-universitaire ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

Dispositions particulières aux unités de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

Préambule

116

SECTION 1

Accueil et admission des patients

117

SECTION 2

Vie du patient au sein des structures médicales
assurant des soins de longue durée (USLD)
et unités d'hébergement pour personnes âgées
dépendantes (UHPAD)

119

Préambule

L'ensemble des dispositions du chapitre II du présent règlement s'applique, le cas échéant, aux unités de soins de longue durée (USLD) et aux unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD).

Toutefois, les besoins spécifiques des patients accueillis dans ces unités rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour.

Tel est l'objet des articles qui composent le chapitre III du présent règlement, qui s'appliquent indifféremment, sauf mention contraire, à l'ensemble des patients relevant de ces unités, qu'ils soient ou non âgés de plus de 60 ans.

Il est souligné d'une manière générale que les personnes accueillies dans ces unités doivent avoir accès à tous les soins qui leur sont nécessaires, être pleinement associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination.

Les dispositions relatives aux droits des patients leur sont pleinement applicables.

Accueil et admission des patients

Art. 197 Libre choix de la personne

Conformément à l'**article 51**, la personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

Art. 198 Modalités de l'admission

Le groupe hospitalo-universitaire remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un document individuel de prise en charge.

Le document individuel de prise en charge, établi entre la personne et le groupe hospitalo-universitaire, précise leurs obligations respectives, à savoir notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière. Ce document est signé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant et par la personne admise ou son représentant.

Art. 199 Accueil

L'accueil du patient est organisé de telle façon que son installation s'effectue dans de bonnes conditions.

Le groupe hospitalo-universitaire veille à ce que le patient reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

Art. 200 Frais de séjour

Les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés ;
- le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance ;
- le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies.

Le montant du forfait « soins » est fixé par arrêté ministériel.

Il est intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits du résident.

Le montant du tarif « dépendance » est fixé par le président du Conseil de Paris.

Le montant du tarif « hébergement » est fixé par le président du Conseil de Paris.

Il est pris en charge selon deux modalités :

- l'admission à titre payant ; il appartient alors au patient ou à son garant de régler tous les mois, à la direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'intégralité des sommes facturées ;
- l'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées ; en règle générale, cette admission est limitée dans le temps, les décisions de prise en charge étant périodiquement révisées. Le service social du groupe hospitalo-universitaire doit veiller à leur renouvellement.

Les frais d'entretien du linge personnel du patient sont compris dans le tarif « hébergement ».

Art. 201 Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les patients ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent.

Cette notice doit préciser de façon claire :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement » est toujours à la charge du patient, de sa famille ou de l'aide sociale ; ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances), conformément aux règles précisées aux **articles 212 et 213** ;
- les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

SECTION 2

Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

Art. 202 Respect des personnes

La dignité, l'intimité et la vie privée du patient doivent être strictement respectées. Le patient a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

Art. 203 Projet de soins et projet de vie

La direction du groupe hospitalo-universitaire, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du patient, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du patient et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation et favoriser les liens du patient avec ses proches et son environnement. Le respect de la vie personnelle des patients et de leur vie sociale au sein du groupe hospitalo-universitaire est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines.

Toutes les initiatives au sein du groupe hospitalo-universitaire tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures au groupe hospitalo-universitaire.

Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et de venir. Ces initiatives sont coordonnées par le groupe hospitalo-universitaire et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

Le groupe hospitalo-universitaire organise des rencontres régulières entre les patients, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

Art. 204 Relations avec les familles

La coopération des familles à la qualité de la vie au sein du groupe hospitalo-universitaire doit être encouragée et facilitée. L'équipe hospitalière doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs ne se sentent pas rejetés de l'unité de soins, ni des activités d'animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du patient : présence pendant la nuit (après une intervention chirurgicale ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l'absence de soins spécifiques), autorisation de sortie.

Art. 205 Participation des patients à la vie du groupe hospitalo-universitaire

Le groupe hospitalo-universitaire met en place, pour faciliter l'expression et la participation des personnes accueillies, des rencontres régulières avec les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avec leurs familles.

Art. 206 Protection des personnes vulnérables

Le groupe hospitalo-universitaire est garant de la protection du patient en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

Art. 207 Déroulement des soins

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris ainsi que la durée probable de l'hospitalisation doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'explications compréhensibles, conformément à l'**article 114**.

Art. 208 Liberté des patients et règles de vie

Pendant leur séjour, les patients doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective. Ils doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis pour l'unité de soins. Ils doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 209 Sommes d'argent conservées par les patients

L'argent du patient est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie.

Les sommes d'argent conservées par le patient doivent être gérées conformément aux indications de la note directoriale du 16 avril 1987. Ces dispositions sont portées à la connaissance des patients ainsi qu'à celle de leurs proches.

Conformément à l'**article 164**, aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

Art. 210 Domicile

Sous réserve des nécessités de service, le patient a le droit de se dire chez lui dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégé contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée. Hors le cas de la mise sous tutelle, le patient hospitalisé durablement peut obtenir sa domiciliation au groupe hospitalo-universitaire.

Les patients séjournant à titre définitif au sein du groupe hospitalo-universitaire sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat doit être remise au groupe hospitalo-universitaire.

Art. 211 Personnalisation des chambres

Le directeur peut autoriser les patients qui bénéficient d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels. Un inventaire de ces objets personnels est effectué dans les conditions prévues à l'**article 148**.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

Les patients peuvent notamment conserver leur poste de télévision personnel lorsqu'il est en bon état de fonctionnement, sous réserve qu'il soit couvert par une assurance garantissant les dégâts qu'il pourrait causer en cas d'explosion ou d'implosion.

Art. 212 Interruption temporaire de séjour

Sur avis médical favorable, des autorisations de sortie de courte durée peuvent être accordées aux patients, dans les conditions prévues à l'**article 150**. Ils peuvent également bénéficier de 35 jours de sortie.

Pendant ces périodes, ni le forfait « soins » ni le tarif « dépendance » ne sont facturables, dès lors que la sortie dépasse 24 heures. À leur retour, les patients doivent retrouver leur chambre au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 213 Hospitalisation en court séjour

Dans l'hypothèse où le patient doit être hospitalisé dans un autre établissement, un lit est gardé à sa disposition au sein du groupe hospitalo-universitaire où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement le groupe hospitalo-universitaire ou l'unité de soins de longue durée.

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein du groupe hospitalo-universitaire est de 35 jours pour les patients « payants ». Elle est variable selon les départements pour les patients pris en charge par ceux-ci au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Pendant cette absence :

- le tarif « dépendance » ne donne plus lieu à facturation, mais le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation ;
- le tarif « hébergement » continue d'être facturé, déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier).

Art. 214 Sortie par mesure disciplinaire

Conformément à l'**article 175**, les patients qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourront, après en avoir été avertis par le directeur, soit être changés d'unités médicales, soit être transférés dans un autre groupe hospitalo-universitaire, soit être exclus du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 215 Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les patients peuvent quitter le groupe hospitalo-universitaire à tout moment, sur leur demande.

La sortie contre avis médical est effectuée dans le cadre des procédures prévues à l'**article 172**.

CHAPITRE 4

Dispositions relatives au personnel

SECTION 1	
Principes fondamentaux liés au respect du patient	125
SECTION 2	
Principes de la bonne conduite professionnelle	129
SECTION 3	
Expression des personnels	133

SECTION 1

Principes fondamentaux liés au respect du patient

Art. 216 Demandes d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

Art. 217 Secret professionnel

Le secret professionnel est un principe fondamental institué dans l'intérêt des patients. Il s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans les conditions suivantes : la personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ; le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est recueilli par chaque professionnel par tout moyen, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations ci-dessus.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

- la déclaration de naissance ;
- le certificat de décès ;
- la déclaration de certaines maladies contagieuses figurant sur une liste arrêtée par décret ;
- la déclaration des infections sexuellement transmissibles ;
- le certificat d'accident du travail ;
- le certificat de maladie professionnelle ;
- le certificat attestant d'une maladie mentale dont la nature et la gravité imposent une hospitalisation ;
- la déclaration visant au placement d'un majeur sous sauvegarde de justice ;
- la déclaration de l'état dangereux des alcooliques ;
- le certificat de santé rédigé au titre de la surveillance sanitaire des enfants en bas âge ;
- la déclaration de l'interruption d'une cure de désintoxication, pour les patients toxicomanes traités dans le cadre d'une injonction thérapeutique.

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants : pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ; pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet (à Paris, le préfet de police) du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Les fonctionnaires en exercice au sein du groupe hospitalo-universitaire et les directeurs médicaux de DMU en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 218 Obligation de réserve et de discrétion professionnelle

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du groupe hospitalo-universitaire sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et les informations dont les personnels ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du groupe hospitalo-universitaire.

Art. 218 bis Bon usage du système d'information

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris met à disposition de son personnel des outils informatiques et de communication. Les agents ainsi que tous les utilisateurs du système d'information sont tenus de respecter les dispositions de la charte du bon usage des systèmes d'information de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris qui figurent à l'annexe 16 du présent règlement intérieur.

Art. 219 Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ni sur leurs familles.

Art. 220 Sollicitude envers les patients

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge.

Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

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

Art. 221 Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

Art. 222 Promotion de la bientraitance

Les personnels du groupe hospitalo-universitaire agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le groupe hospitalo-universitaire veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

SECTION 2

Principes de la bonne conduite professionnelle

Art. 223 Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel du groupe hospitalo-universitaire d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Art. 224 Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du groupe hospitalo-universitaire sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls d'activités.

Art. 225 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels du groupe hospitalo-universitaire de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Conformément à l'**article 164**, les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Art. 226 Obligations de formation des personnels

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu.

Art. 227 Exécution des instructions reçues

Tout agent du groupe hospitalo-universitaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Art. 228 Information du supérieur hiérarchique

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique dans les meilleurs délais des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

Art. 229 Obligation de signalement des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales ou des événements indésirables associés à un produit de santé

Tout agent du groupe hospitalo-universitaire qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un événement indésirable associé à un produit de santé est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein du groupe hospitalo-universitaire la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

Art. 230 Audition en justice ou auprès des autorités de police

Tout agent du groupe hospitalo-universitaire appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement le directeur.

Art. 231 Bon usage des biens du groupe hospitalo-universitaire

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le groupe hospitalo-universitaire. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront le groupe hospitalo-universitaire à en demander la réparation pécuniaire.

Art. 232 Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du groupe hospitalo-universitaire avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

Art. 233 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein du groupe hospitalo-universitaire

Aucun agent du groupe hospitalo-universitaire ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Conformément à l'**article 148**, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur du groupe hospitalo-universitaire ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du groupe hospitalo-universitaire doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Art. 234 Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local (CHSCTL) visé à l'**article 8** a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels du groupe hospitalo-universitaire, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières. Tous les agents du groupe hospitalo-universitaire doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer et de vapoter visée à l'**article 46**. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du groupe hospitalo-universitaire et de ses usagers. Ils prennent toutes les dispositions utiles pour limiter les risques infectieux pour les patients, pour les autres personnels et pour eux-mêmes, ceci en particulier par :

- la désinfection systématique des mains par la friction hydro-alcoolique ;
- le fait d'avoir les avant-bras dégagés, de ne porter ni bijoux ni vernis à ongles ;
- la vaccination contre la grippe, la rougeole, la coqueluche et la varicelle ;
- le port d'équipements de protection individuelle (masques, gants, lunettes, etc.) selon les recommandations en vigueur.

Les médecins hospitaliers et les cadres de santé veillent à promouvoir personnellement au sein de leurs services l'ensemble de ces règles d'hygiène et de protection des patients.

Art. 235 Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux patients.

Une tenue et un langage corrects sont exigés de l'ensemble du personnel.

Art. 236 Lutte contre le bruit

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

Art. 237 Identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, les personnels sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur carte professionnelle précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles visées à l'**article 156**, aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.

Art. 238 Identité visuelle de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique.

Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires qui sont propres aux différentes composantes de l'établissement (groupes hospitalo-universitaires et hôpitaux, pôles d'intérêt commun, structures médicales), les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

Art. 239 Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect de l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 modifiée et des dispositions prises pour son application.

SECTION 3

Expression des personnels

3.1 Concertation au sein des départements médico-universitaires

Art. 240 Concertation au sein des départements médico-universitaires

Le directeur médical de DMU organise au sein du DMU dont il est en charge une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Des modalités communes de concertation sont définies pour l'ensemble des groupes hospitalo-universitaires.

3.2 Droit d'expression directe et collective et droit syndical

Art. 241 Droit d'expression directe et collective

Les personnels du groupe hospitalo-universitaire qui ne relèvent pas des instances de concertation d'un département médico-universitaire bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, après avis du comité technique d'établissement local.

Art. 242 Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du groupe hospitalo-universitaire. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service. Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

CHAPITRE 5

Dispositions finales

SECTION 1

Procédure d'adoption du règlement intérieur

136

SECTION 2

Modification du règlement intérieur

137

SECTION 1

Procédure d'adoption du règlement intérieur

Art. 243 Adoption du règlement intérieur

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris arrête, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le directoire, le règlement intérieur de l'établissement.

Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives centrales de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris compétentes (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central). La commission centrale et les commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont informées du règlement intérieur.

La décision portant adoption du règlement intérieur est exécutoire dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité.

Art. 244 Adoption des règlements intérieurs des groupes hospitalo-universitaires

Le règlement intérieur de chaque groupe hospitalo-universitaire est établi par le directeur du groupe hospitalo-universitaire en conformité avec le présent règlement intérieur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le conseil hospitalier territorial et les instances représentatives locales du groupe hospitalo-universitaire (commission médicale d'établissement locale, comité technique d'établissement local, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local, commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) sont également informés sur ce règlement, pour les matières relevant de leur compétence.

SECTION 2

Modification du règlement intérieur

Art. 245 Procédure de modification

Les modifications apportées au règlement intérieur et aux règlements intérieurs des hôpitaux et groupes hospitalo-universitaires sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites aux **articles 243** et **244** ci-dessus.

ANNEXE 1 Commission médicale d'établissement	141
ANNEXE 2 Conseil hospitalier territorial	148
ANNEXE 3 Comité exécutif	153
ANNEXE 4 Commission médicale d'établissement locale/ comité consultatif médical	154
ANNEXE 5 Commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	164
ANNEXE 6 Comités techniques d'établissement central et locaux	170
ANNEXE 7 Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	178
ANNEXE 8 Commissions des relations avec les usagers	187

ANNEXE 8 BIS Comité de certification de l'AP-HP	196
ANNEXE 9 Instances centrales et locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	197
ANNEXE 10 Commissions de l'activité libérale	214
ANNEXE 11 Commissions relatives à l'organisation de la permanence des soins (COPS)	219
ANNEXE 12 Les Commissions Locales d'Appréciation des Offres	224
ANNEXE 13 Commission d'appréciation des offres chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT (dite «Commission De Transparence des marchés»)	225
ANNEXE 14 Règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP	229

ANNEXE 15 Commission des contrats publics de l'AP-HP	236
ANNEXE 16 Charte informatique de l'AP-HP	239
ANNEXE 17 Principes essentiels du fonctionnement des structures médicales à l'AP-HP	265

Commission médicale d'établissement

Composition

Membres avec voix délibérative

La composition de la commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est fixée comme suit :

- 10 représentants des directeurs médicaux de DMU, dont au moins un gériatre ;
- les présidents des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires ;
- les vice-présidents des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires ;
- un membre de chacune des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires, élu en son sein parmi les personnels enseignants et hospitaliers titulaires du groupe hospitalo-universitaire.
- 23 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine (dont au moins un en radiologie et un en psychiatrie), 6 en chirurgie, 5 en biologie, un en anatomie-pathologique, un en anesthésie-réanimation, un en pharmacie et un en odontologie ;
- 23 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine (dont un représentant de la fédération du polyhandicap), 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation, un en pharmacie et un en odontologie ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral, dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- 2 représentants des sages-femmes siégeant avec voix délibérative ;
- 4 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités, un représentant des internes de pharmacie et un représentant des internes en odontologie ;

- 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 second cycle des études maïeutique.

Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative à la commission médicale d'établissement :

- le président du directoire ou son représentant ;
- le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un directeur d'UFR de pharmacie ;
- un directeur d'UFR d'odontologie ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du comité technique d'établissement central, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur général de l'AP-HP.

Invités permanents

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- deux directeurs d'UFR médicale désignés par la conférence régionale des directeurs d'UFR médicale d'Île-de-France ;
- le médecin responsable de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, élu en son sein ;
- Le directeur général peut se faire assister de toute personne de son choix.

Président et vice-président

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

Le président est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. 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.

Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Les fonctions de président de la commission prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission qui l'a élu. Le président de la commission médicale d'établissement peut déléguer au président de la commission médicale d'établissement locale pour l'examen des questions relatives au groupe hospitalo-universitaire concerné, tout ou partie des compétences mentionnées à l'article R. 6147-7-2 du code de la santé publique. Cette délégation donne lieu à une décision du président de la commission médicale d'établissement, qui en informe la commission médicale de l'établissement et le Directoire.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission, ses fonctions au sein de la commission sont assumées par le vice-président de la commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la commission sont incompatibles avec les fonctions de directeur médical de DMU.

Modalités de désignation des membres

Dispositions générales aux membres élus

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, 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 des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

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. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au doyen d'âge.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelable.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la catégorie ou de la discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues ci-dessus.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur général, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement.

A l'issue des opérations électorales, le directeur général proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission.

Dispositions spécifiques par collège

Les dix représentants des directeurs médicaux de DMU sont élus par et parmi l'ensemble des directeurs médicaux de DMU de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en fonction à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections.

Les directeurs médicaux de DMU nommés à titre provisoire sont électeurs et éligibles.

Pour l'élection des représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral et des sages-femmes :

- sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins trois demi-journées hebdomadaires au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;
- sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception :
 - des praticiens en période probatoire ou de stage ;
 - des praticiens associés ;
 - des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales ;
 - des personnels affectés dans un établissement extérieur à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en vertu des dispositions prévues par la réglementation.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage.

Ils sont nommés par le président du directoire après avoir recueilli l'avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission régionale de subdivision.

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 liées par convention à l'AP-HP. Un représentant des étudiants en second cycle des études de 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'AP-HP ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

Attributions

Attributions générales

Matières donnant lieu à consultation

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est consultée sur les matières suivantes :

- le projet d'établissement
- les conventions hospitalo-universitaires
- le compte financier et l'affectation des résultats
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que 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 et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
- les statuts des fondations hospitalières
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- le plan de redressement
- l'organisation interne de l'établissement. A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en DMU de l'établissement.
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- 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
- la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2
- les participations prises et les filiales créées 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
- 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.
- Matières donnant lieu à information
- La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est informée sur les matières suivantes :
- les contrats de DMU
- 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

Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris 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 évènements indésirables liés aux activités de l'AP-HP ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris 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.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- propose au directeur le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des évènements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 du Code de la santé publique. 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 centrale de concertation avec les usagers, les commissions locales des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi. Le directeur général tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

Délégation de compétences aux commissions médicales d'établissement locales

La commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales d'établissement locales, pour l'examen des questions relatives au groupe hospitalo-universitaire concerné, tout ou partie des compétences mentionnées à l'article R. 6147-7-1 du code de la santé publique. Cette délégation donne lieu à une délibération de la commission médicale d'établissement prise à la majorité absolue ».

Fonctionnement

Le président de la commission veille à son bon fonctionnement.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président, qui en fixe l'ordre du jour. Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

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

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.

ANNEXE 2

Conseil hospitalier territorial

Il est constitué au sein de chaque groupe hospitalo-universitaire un conseil hospitalier territorial. Afin de tenir compte des missions spécifiques relatives à la mise en place des parcours de santé des patients et de configurations territoriales particulières, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut constituer en sus, après avis du conseil hospitalier territorial et pour un ou plusieurs sites ou périmètres territoriaux déterminés du groupe hospitalo-universitaire, un ou plusieurs conseils hospitaliers territoriaux de site.

Ces conseils hospitaliers territoriaux de site sont composés, exercent les mêmes missions et obéissent aux mêmes règles de fonctionnement que les conseils hospitaliers territoriaux. Les membres des différents collèges sont en revanche désignés par référence aux sites hospitaliers dont relève le conseil territorial de site.

Missions

Le conseil hospitalier territorial est consulté sur la définition et l'évaluation :

- Des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.
- Des actions de coordination engagées avec les autres acteurs du territoire portant notamment sur l'organisation des parcours de santé.

Le conseil hospitalier territorial est par ailleurs informé sur :

- La mise en œuvre du projet d'établissement de l'AP-HP et sa déclinaison à l'échelon du groupe hospitalo-universitaire.
 - Les projets à caractère stratégique et /ou de coopération mis en œuvre par le groupe hospitalo-universitaire avec d'autres organismes ayant une activité dans le domaine de la santé et notamment avec d'autres établissements de santé publics ou privés.
 - La déclinaison au sein du groupe hospitalo-universitaire de l'état annuel des prévisions de recettes et de dépenses et le suivi de son exécution.
 - Les données du rapport d'activité de l'AP-HP concernant le groupe hospitalo-universitaire.
- Il peut formuler des observations et des propositions sur les points qui lui sont présentés et qui relèvent du groupe hospitalo-universitaire. Ces observations et propositions sont communiquées au président du conseil de surveillance et au directeur général de l'AP-HP par le président du conseil hospitalier territorial.

Composition

La composition nominative de chaque conseil est fixée par arrêté du directeur du groupe hospitalo-universitaire. Le conseil hospitalier territorial est composé des membres suivants, répartis en 4 collèges :

Le collège des représentants des collectivités territoriales, ainsi composé :

- Les maires, ou leurs représentants ayant qualité d'élus, des communes où sont implantés les sites du groupe hospitalo-universitaire et, en ce qui concerne les groupes hospitalo-universitaires implantés à Paris, les maires d'arrondissement, ou leurs représentants ayant qualité d'élus, des arrondissements où est implanté le groupe hospitalo-universitaire. Les maires peuvent désigner un suppléant qui n'est appelé à siéger qu'en leur absence ou désigner un représentant permanent, lequel peut lui-même désigner un suppléant.
- Un représentant, désigné en son sein, du conseil départemental du département dont relèvent principalement les personnes âgées prises en charge par le groupe hospitalo-universitaire.

Le collège des représentants des personnels, ainsi composé :

- Des représentants des personnels médicaux du groupe hospitalo-universitaire élus par la CME locale du groupe hospitalo-universitaire ;
- Des représentants des personnels paramédicaux, désignés sur proposition du président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Des représentants des organisations syndicales les plus représentatives au sein du groupe hospitalo-universitaire, désignés compte tenu des résultats obtenus lors des élections professionnelles.

Le collège des usagers et personnalités qualifiées, ainsi composé :

- De personnalités qualifiées dont l'une est désignée en son sein par le conseil de surveillance de l'AP-HP et le ou les autres par le directeur du groupe hospitalo-universitaire.
- Des représentants des usagers désignés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur la base des propositions des représentants des usagers au sein de la commission des usagers (CDU), notamment parmi les associations agréées de représentants des usagers du système de santé ou d'autres associations actives dans le domaine de la santé au sein du territoire du groupe hospitalo-universitaire.

Le collège des professionnels et offreurs de services de santé, ainsi composé :

- Un représentant du conseil territorial de santé, désigné en son sein, du territoire de démocratie sanitaire dont relèvent principalement, en nombre d'entrées en hospitalisation au cours du dernier exercice connu, les patients pris en charge par le groupe hospitalo-universitaire ;
- Des représentants des professionnels de santé exerçant sur les territoires de démocratie sanitaire sur lesquels est implanté le groupe hospitalo-universitaire, désignés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- Des représentants d'établissements de santé ou médico-sociaux implantés sur les territoires de démocratie sanitaire sur lesquels est implanté le groupe hospitalo-universitaire, désignés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire.

Le nombre de membres de chacun des collèges composant le conseil hospitalier territorial est identique.

Invités permanents

Un représentant de l'hospitalisation à domicile (HAD) de l'AP-HP siège en qualité d'invité permanent.

Sur proposition du président du conseil hospitalier territorial et en accord avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire peuvent être invités, au regard de l'ordre du jour, des représentants des institutions ou organismes ayant une compétence ou une activité dans le domaine sanitaire ou médico-social au sein du ou des territoires de démocratie sanitaire où est implanté le groupe hospitalo-universitaire, et notamment des représentants de l'Agence régionale de santé, des représentants des organismes d'assurance maladie, des représentants des unités de formation et de recherche de médecine, de pharmacie ou d'odontologie rattachées par convention à l'AP-HP.

La durée des fonctions de membre du conseil hospitalier territorial est de cinq ans.

Le mandat des membres du conseil hospitalier territorial prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein du conseil hospitalier territorial jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement local. Toutefois, ils continuent de siéger au sein du conseil hospitalier territorial jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Modalités de fonctionnement

Dans chaque groupe hospitalo-universitaire, le conseil hospitalier territorial se réunit en séance ordinaire au moins trois fois par an. L'ordre du jour de la réunion et les présentations doivent être joints à la convocation et parvenir aux destinataires au moins huit jours à l'avance.

Le conseil hospitalier territorial est réuni en séance ordinaire par le président du conseil hospitalier territorial. L'ordre du jour est arrêté par le président sur proposition du directeur du groupe hospitalo-universitaire. Il peut en outre être réuni en séance extraordinaire en cas d'urgence sur demande de son président ou du directeur du groupe hospitalo-universitaire. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire assure le secrétariat du conseil. Il établit le procès-verbal de chaque séance et le présente au visa du président. Ce dernier le fait approuver par le conseil au début de la séance suivante.

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut se faire assister des collaborateurs de son choix. Les séances du conseil ne sont pas publiques.

Les membres du conseil hospitalier territorial ainsi que les personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations dont ils prennent connaissance dans ce cadre.

Le président du conseil hospitalier territorial est élu pour une durée de cinq ans parmi les membres représentant les collectivités territoriales, les personnalités qualifiées ou les représentants des usagers. Son mandat prend fin avant ce terme lorsque cessent ses fonctions de membre du conseil hospitalier territorial ou les fonctions au titre desquelles il a été désigné à la commission.

À l'issue de son mandat, le président du conseil hospitalier territorial continue de siéger en qualité de président jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les candidatures à la fonction de président doivent être communiquées au directeur du groupe hospitalo-universitaire dans un délai permettant l'information préalable des membres du conseil.

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. 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 hospitalier territorial procède à cette élection est présidée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le président du conseil hospitalier territorial désigne un vice-président, prioritairement parmi les représentants des usagers et personnalités qualifiées s'il est lui-même issu du collège des représentants des collectivités territoriales ; parmi ces derniers s'il est issu du collège des usagers et personnalités qualifiées.

Le vice-président préside le conseil hospitalier territorial en l'absence du président.

En cas d'absence simultanée du président et du vice-président du conseil hospitalier territorial à une séance, la présidence de la séance est assurée par le membre le plus âgé. La composition du conseil hospitalier territorial favorise le respect d'un principe de parité hommes-femmes.

Tout membre du conseil hospitalier territorial qui, sans motif légitime, n'aura pas assisté à trois séances consécutives pourra être réputé démissionnaire et remplacé.

Le remplacement des membres démissionnaires ou à renouveler est effectué suivant les modalités établies pour leur élection ou leur désignation.

Le président du conseil hospitalier territorial, le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la commission médicale d'établissement locale peuvent être invités à assister aux séances du conseil de surveillance de l'AP-HP lorsqu'un sujet relatif au groupe hospitalo-universitaire est à l'ordre du jour de ce conseil.

Lorsqu'un conseil hospitalier territorial de site a été constitué, les observations issues des travaux de ce conseil sont communiquées par son président au président du conseil hospitalier territorial et au directeur du groupe hospitalo-universitaire.

À l'initiative de son président, le conseil hospitalier territorial ou le conseil hospitalier territorial de site peut constituer des groupes de réflexion notamment sur les sujets relatifs à la coordination Ville-Hôpital.

Comité exécutif

Il est institué dans chaque groupe hospitalo-universitaire un comité exécutif, qui a pour mission d'assister le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalo-universitaire dont il est en charge ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de DMU.

Le comité exécutif est présidé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Il comporte, à parité :

- le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par lui, dont le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale, vice-président du comité exécutif ; le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou son représentant ; des praticiens désignés par la commission médicale d'établissement locale, dont au moins la moitié exerce les fonctions de directeur médical de DMU.

Le comité exécutif peut comprendre, parmi ses membres cités au deuxième point, un praticien chargé de la recherche désigné par le directeur, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire fixe le nombre de membres du comité exécutif, lequel établit les règles de son fonctionnement interne.

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

Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où le membre concerné quitte le groupe hospitalo-universitaire ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du comité exécutif.

Commission médicale d'établissement locale/comité consultatif médical

4.1 Commission médicale d'établissement locale

Composition

Membres avec voix délibérative

La composition des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP est fixée comme suit :

- l'ensemble des directeurs médicaux de DMU ;
- 10 représentants des responsables des structures internes, des services ou des unités fonctionnelles ;
- 22 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine, 6 en chirurgie, 5 en biologie, un en anatomie-pathologique, un en anesthésie-réanimation, un en pharmacie ;
- s'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitalo-universitaires où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 22 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine, 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation et un en pharmacie. S'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitalo-universitaires où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- dans les groupes hospitalo-universitaires où existent un ou plusieurs services de cette discipline, 2 représentants des sages-femmes ;
- 3 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités et un représentant des internes de pharmacie. S'y ajoute un représentant des internes en odontologie dans les groupes hospitalo-universitaires où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;

- 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 second cycle des études de maïeutique.
 - 1 représentant de chaque site hospitalier composant le groupe hospitalo-universitaire.
- Le président de la commission est élu parmi les personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les praticiens de l'établissement. Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans.
- Le mandat est renouvelable une seule fois.

Membres avec voix consultative

- En outre, siègent avec voix consultative aux commissions médicales d'établissement locales :
- le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- le directeur de l'UFR médicale de rattachement ;
- un directeur d'UFR de pharmacie ;
- un directeur d'UFR d'odontologie ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalo-universitaire ;
- le praticien responsable de l'information médicale du groupe hospitalo-universitaire ;
- un représentant du comité technique d'établissement local, élu en son sein parmi ses membres titulaires ;
- un praticien hygiéniste représentant les équipes opérationnelles d'hygiène du groupe hospitalo-universitaire ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur du groupe hospitalo-universitaire.

À leur demande, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement assistent avec voix consultative aux séances.

Le directeur général, le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la commission médicale d'établissement locale peuvent se faire représenter ou assister par toutes personnes de leur choix.

Membre invité permanent

- Un représentant de la commission locale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Attributions

La commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales d'établissement locales pour l'examen des questions relatives à leur groupe hospitalo-universitaire, tout ou partie des compétences prévues à l'article R. 6147-7-1 du code de la santé publique. Cette délégation donne lieu à une délibération de la commission médicale d'établissement prise à la majorité absolue.

Chaque commission médicale d'établissement locale est en outre informée :

- des contrats de DMU signés au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- du bilan annuel des tableaux de service ;
- du bilan de recrutement des emplois médicaux ;
- de 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.

Les commissions médicales d'établissement locales rendent compte à la commission médicale d'établissement et au directeur général du bilan des actions et de la synthèse des résultats liés à la mise en œuvre des compétences qui leur ont été déléguées dans les conditions définies par le présent article.

Modalités de désignation des membres

Dispositions générales aux membres élus

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions des commissions locales, 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 des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte. Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre. Cette disposition ne s'applique pas aux électeurs pour le collège des représentants de site hospitalier. 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. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au doyen d'âge. La durée des mandats est fixée à quatre ans, renouvelable. Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la catégorie ou de la discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues ci-dessus. Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent. La convocation des élections incombe au directeur général, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement. L'organisation des élections incombe au directeur du groupe hospitalo-universitaire. À cet effet, celui-ci constitue un bureau de vote composé du président de la commission médicale d'établissement locale en exercice et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort. Le bureau s'assure de la régularité des opérations électorales. À l'issue des opérations électorales, le directeur du groupe hospitalo-universitaire proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement locale.

Dispositions spécifiques par collège

Les dix représentants des responsables de structures internes sont élus par et parmi l'ensemble des responsables de structures internes du groupe hospitalo-universitaire en fonction à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections. Les responsables de structures internes nommés à titre provisoire sont électeurs et éligibles. Pour l'élection des représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral et des sages-femmes :

- sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins 3 demi-journées hebdomadaires au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs et qui ont fait acte de candidature, à l'exception :
 - des praticiens en période probatoire ou de stage ;
 - des praticiens associés ;
 - des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales ;
 - des personnels affectés dans un établissement extérieur à l'AP-HP en vertu des dispositions prévues par la réglementation.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après avoir recueilli l'avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission régionale de subdivision dont relève le groupe hospitalo-universitaire.

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, par délégation du directeur général, sur proposition des étudiants siégeant au conseil de l'unité de formation et de recherche liée par convention au groupe hospitalo-universitaire ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

Les praticiens exerçant au sein de plusieurs groupes hospitalo-universitaires ne sont électeurs et éligibles que dans un seul groupe hospitalo-universitaire, qui est celui de leur affectation principale (*lorsque le nombre de demi-journées ne permet pas de distinguer d'affectation principale, le praticien est électeur dans le site hospitalier dont le numéro d'identification est le plus petit*).

Les représentants des sites hospitaliers sont élus par l'ensemble des praticiens électeurs du site hospitalier titulaires, temporaires, non titulaires ou contractuels, à l'exception des praticiens temporaires ou non titulaires hospitaliers exerçant moins de trois demi-journées par semaine au sein du groupe hospitalo-universitaire.

Les praticiens sont électeurs à double titre, pour leur collège et pour élire leur représentant de site hospitalier.

Les candidats aux sièges de représentants de site hospitalier doivent être des praticiens titulaires, hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Ils ne peuvent se porter candidats à aucun autre siège au sein de la commission médicale d'établissement locale. Les sites sont définis, pour l'application de la présente annexe, comme les entités disposant d'un CHSCT.

Fonctionnement

Le président de la commission veille à son bon fonctionnement.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président, qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou du directeur général, soit du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

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

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. La direction du groupe hospitalo-universitaire concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

4.2 Comité consultatif médical de certains hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire, de l'HAD et de l'AGEPS

Un comité consultatif médical est constitué :

- au sein de l'hôpital marin d'Hendaye, de l'hôpital San Salvador et de l'hôpital Paul-Doumer ;
- au sein de l'hospitalisation à domicile ;
- au sein du pôle d'intérêt commun de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Les modalités de désignation des membres de ces comités sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

Toutefois conformément à l'article R. 6144-5-1 du Code de la santé publique, et par dérogation aux dispositions générales, un directeur médical de DMU peut exercer les fonctions de président de comité consultatif médical dès lors que l'effectif médical le justifie. Lorsqu'un directeur médical de DMU est élu président de comité consultatif médical et qu'il perd en cours de mandat sa qualité de directeur médical de DMU, il continue à exercer son mandat de président.

4.3 Comités consultatifs médicaux des hôpitaux d'Hendaye, San Salvador et Paul-Doumer

Composition

Membres avec voix délibérative

Le comité comprend, dès lors que les effectifs médicaux de l'hôpital le permettent :

- l'ensemble des directeurs médicaux de DMU (le cas échéant) ;
- l'ensemble des responsables des structures internes (services ou unités fonctionnels) de l'hôpital ;
- 3 représentants des praticiens titulaires ;
- 2 représentants des praticiens temporaires et non titulaires et des personnels médicaux contractuels de l'hôpital ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur ;
- un représentant des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- (le cas échéant) des représentants des internes comprenant, lorsqu'ils existent, un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative :

- le directeur général ;
- le directeur de l'hôpital ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- un représentant du comité technique d'établissement local ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le directeur général et le directeur de l'hôpital peuvent se faire représenter ou assister par les collaborateurs de leur choix.

Le comité élit parmi ses membres un président et un vice-président.

Attributions

Les attributions des comités consultatifs médicaux des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement des commissions médicales d'établissement locales, ainsi que les attributions de leurs présidents, s'appliquent respectivement aux comités consultatifs médicaux des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire et à leurs présidents.

4.4 Comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Composition

Membres avec voix délibérative

Le comité comprend, dès lors que les effectifs médicaux de l'hospitalisation à domicile le permettent :

- les directeurs médicaux de DMU ;
- l'ensemble des responsables des structures internes des DMU ;
- 3 représentants des praticiens titulaires ;
- 2 représentants des praticiens temporaires et non titulaires et des personnels médicaux contractuels de l'hôpital ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur, s'il n'est pas déjà membre en qualité de directeur médical de DMU ;
- un représentant des sages-femmes ;
- un représentant des internes.

Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative :

- le directeur général ;
- le directeur de l'hospitalisation à domicile ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- un représentant du comité technique d'établissement local ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le directeur général et le directeur de l'hospitalisation à domicile peuvent se faire représenter ou assister par les collaborateurs de leur choix.

Le comité élit parmi ses membres un président et un vice-président.

Attributions

Les attributions du comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile sont celles qui s'appliquent aux commissions médicales d'établissement locales.

Le comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile établit notamment dans son règlement intérieur les conditions dans lesquelles peuvent être invités d'autres membres avec voix consultative.

4.5 Comité consultatif médical de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)

Composition

Le comité comprend :

Membres avec voix délibérative

- les 2 chefs de pôles, membres de droit ;
- 10 représentants des chefs de services, des responsables d'unité fonctionnelle, des responsables d'unité ;
- 4 représentants des praticiens hospitalo-universitaires ;
- 4 représentants des praticiens hospitaliers titulaires ;
- un représentant des praticiens hospitaliers contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des assistants hospitalo-universitaires ;
- un représentant des assistants ;
- le représentant des internes en pharmacie.

Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative au comité consultatif médical de l'AGEPS :

- le directeur de l'AGEPS ;
- le directeur de l'unité de formation et de recherche de pharmacie de l'université Paris Descartes ;
- le directeur de l'unité de formation et de recherche de pharmacie de l'université Paris Sud ;
- le représentant du comité technique d'établissement local.

Attributions

Les attributions du comité consultatif médical de l'AGEPS sont celles des commissions médicales d'établissement locales.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité consultatif médical de l'AGEPS sont celles qui s'appliquent aux commissions médicales d'établissement locales.

Commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

5.1 Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Une commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est organisée au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris par référence aux dispositions des articles R. 6146-10 et suivants et R. 6147-5-2 du code de la santé publique.

Composition

La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est présidée par le coordonnateur général des soins de l'AP-HP, conseiller paramédical auprès du directeur général de l'AP-HP.

Elle comprend 40 membres élus. Les représentants élus constituent trois collèges :

- collège des cadres de santé ;
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ;
- collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges de chaque commission locale désigne en son sein, au scrutin uninominal majoritaire à un tour, un nombre de membres de la commission centrale tel que fixé dans le tableau de répartition ci-après.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'AP-HP ;

- un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur général de l'AP-HP sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés à l'AP-HP ;
- un élève aide-soignant nommé par le directeur général de l'AP-HP sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés à l'AP-HP ;
- un représentant de la commission médicale d'établissement.

Des personnes qualifiées peuvent être associées aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres, et notamment des représentants des usagers. Sont électeurs les membres titulaires des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues. La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans renouvelable. Le directeur général arrête la liste des membres composant la commission. Le directeur général peut prévoir par arrêté l'organisation d'un vote effectué exclusivement par correspondance. Les modalités du vote sont conformes à celles prévues pour les élections des membres des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

CLSIRMT	Collège cadres de santé paramédicaux	Collège diplômés d'État	Collège aides-soignants	TOTAL
AP-HP. Centre Université de Paris	3	3	2	8
AP-HP. Sorbonne Université	3	3	2	8
AP-HP. Nord Université de Paris	3	4	1	8
AP-HP. Université Paris-Saclay	2	3	1	6
AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor	1	2	1	4
AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis	1	1	0	2
Hospitalisation à domicile	1	0	0	1
Hôpital Paul-Doumer	0	0	1	1
Hôpital San Salvador	0	1	0	1
Hôpital Marin à Hendaye	0	1	0	1
TOTAL	14	18	8	40

Attributions

La commission centrale 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 directeur de la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- 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 continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur type de l'AP-HP ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la santé publique permettant à des professionnels libéraux d'exercer au sein de l'établissement ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'AP-HP.

Modalités de fonctionnement

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un bureau et d'un règlement intérieur. Ce règlement intérieur détermine notamment l'organisation interne et le fonctionnement de la commission. La commission est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé. L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents. Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission dans un rapport adressé au directoire.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

5.2 Commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Les commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont organisées dans chaque groupe hospitalo-universitaire par référence aux dispositions du Code de la santé publique, et notamment avec ses articles R. 6146-10 et suivants et R. 6147-6 et suivants.

Composition

La commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est placée sous la présidence du directeur des soins désigné par le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle comprend un nombre de membres élus de 16, 32 et 40 membres fixé par un arrêté du Directeur général, en référence aux effectifs des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Les représentants élus constituant trois collèges :

- collège des cadres de santé ;
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ;
- collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés au groupe hospitalo-universitaire sur la base des candidatures exprimées ;
- un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalo-universitaire sur la base des candidatures exprimées ;
- un élève aide-soignant nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalo-universitaire ;

- un représentant de la commission médicale d'établissement locale. Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres, et notamment les représentants des usagers.

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

Attributions

Les attributions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale sont définies à l'article R. 6147-9 du Code de la santé publique. Elle est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalo-universitaire élaboré par le coordonnateur général des soins.

Elle est informée :

- du règlement intérieur type de l'AP-HP ;
- de la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la santé publique permettant à des professionnels libéraux d'exercer au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- du rapport annuel portant sur l'activité de l'AP-HP.
- Les avis de la commission sont transmis à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Désignation des membres

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire est garant de la bonne organisation de la procédure électorale.

La date de l'élection, fixée par le directeur général, est portée à la connaissance des électeurs dans les conditions fixées à l'article R. 614613 du Code de la santé publique. Un mois au moins avant cette date, le directeur du groupe hospitalo-universitaire publie par voie d'affichage les listes d'électeurs et d'éligibles, ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans chaque collège. À compter de la date d'affichage de ces listes, les personnels concernés disposent d'un délai fixé par arrêté du directeur général pour en vérifier la validité et demander d'éventuelles rectifications.

Les personnels éligibles doivent faire acte de candidature au plus tard dans un délai fixé par arrêté du directeur général suivants la date d'affichage prévue à l'alinéa précédent. Chaque acte de candidature doit comporter le nom, le prénom, le collège, le corps et la signature du candidat, et doit être déposé soit par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, soit par remise en mains propres, auprès du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, contre émargement.

Dans les huit jours qui suivent la clôture du dépôt des candidatures, et après vérification de leur validité ou leur rectification éventuelle, la liste des candidats aux différents collèges est publiée par voie d'affichage par le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Le matériel électoral est mis à disposition des électeurs par la direction du groupe hospitalo-universitaire dans un délai de huit jours avant la date du scrutin.

Le vote par correspondance est admis. Le directeur général peut prévoir par arrêté l'organisation d'un vote effectué exclusivement par correspondance. En cas de vote par correspondance, le bulletin est placé dans une enveloppe de vote, non gommée, vierge de toute inscription, elle-même placée dans une enveloppe d'identification de l'électeur (comportant le nom, le prénom, le collège de rattachement, le corps et la signature de l'électeur). Cette enveloppe cachetée est insérée dans une enveloppe mentionnant l'adresse du destinataire.

Les votes par correspondance doivent parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

La détermination des cas de nullité des suffrages relève des règles de droit commun du droit électoral. En outre, les bulletins comportant plus de noms de candidats que de membres titulaires et suppléants à élire sont nuls.

En cas d'égalité des candidats, les sièges concernés sont attribués au bénéfice de celui ayant la plus grande ancienneté dans ses fonctions au sein du groupe hospitalo-universitaire. Le vote électronique peut être substitué aux autres modalités électorales dès lors que les conditions techniques de son déploiement sont remplies.

Le procès-verbal des opérations électorales est affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur du groupe hospitalo-universitaire avant l'expiration de ce délai. À l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Comités techniques d'établissement central et locaux

6.1 Comité technique d'établissement central

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée, conformément à l'article L. 6144-3 du Code de la santé publique, d'un comité technique d'établissement dénommé comité technique d'établissement central.

Composition

Ce comité technique d'établissement central est présidé par le directeur général ou son représentant, qui peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote.

Conformément aux dispositions prévues au I de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique, le comité comprend 15 membres titulaires et 15 suppléants.

L'effectif pris en considération pour définir leur nombre est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels.

Les représentants du personnel sont élus à la représentation proportionnelle. La désignation des membres titulaires est effectuée dans les conditions suivantes : Chaque organisation syndicale a droit à autant de sièges de représentants titulaires du personnel que le nombre de voix recueillies par elle contient de fois le quotient électoral.

Les sièges de représentants titulaires restants éventuellement à pourvoir sont attribués suivant la règle de la plus forte moyenne.

La durée du mandat des membres du comité central est de quatre ans. Le comité élit un secrétaire parmi ses membres titulaires.

Un représentant de la commission médicale d'établissement assiste, avec voix consultative, aux réunions du comité.

Attributions

Le comité est obligatoirement consulté sur les projets de délibérations du conseil de surveillance concernant :

- le projet d'établissement ;
 - les conventions constitutives du centre hospitalier universitaire et les conventions d'association au CHU passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la santé publique ;
 - le compte financier et l'affectation des résultats ;
 - toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire, ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur général ;
 - toute convention intervenant entre l'AP-HP et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
 - les statuts des fondations hospitalières créées par l'AP-HP.
- Il est également obligatoirement consulté sur :
- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé d'Île-de-France ;
 - l'organisation interne de l'AP-HP ;
 - les conditions et l'organisation du travail au sein de l'AP-HP, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
 - la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation, ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
 - les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
 - la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
 - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
 - le règlement intérieur type de l'AP-HP ;
 - les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
 - les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
 - la gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du budget et des décisions relatives aux actions de coopération inter hospitalière et aux réseaux de santé.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité obéissent aux dispositions prévues par les articles R. 6144-68 et suivants du Code de la santé publique.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- Le comité établit son règlement intérieur.
- 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 d'un mois.
- La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.
- Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.
- L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites 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 président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote. Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.
- Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Signé par le président et le secrétaire, il est transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.
- 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 quel que soit le nombre de membres présents. Le fait de ne pas prendre part au vote est comptabilisé comme une abstention.

- 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. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.
- Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance de la commission locale du Conseil de surveillance de l'AP-HP.
- Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.
- Les avis ou vœux émis par le comité sont transmis au comité technique d'établissement central. Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.
- Les séances du comité ne sont pas publiques.
- Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.
- Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.
- Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

6.2 Comités techniques d'établissement locaux

Un comité technique d'établissement local (CTEL) est institué par le directeur général, en concertation avec le directoire, au sein de chaque groupe hospitalo-universitaire.

Le directeur général institue également un comité technique d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun.

Liste des groupes hospitalo-universitaires et hôpitaux où un CTE local est constitué :

- groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Centre-Université de Paris, regroupant les hôpitaux suivants : Cochin, Broca, la Collégiale, Hôtel-Dieu, Hôpital européen Georges-Pompidou, Corentin-Celton, Vaugirard, Necker - Enfants malades,
- groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Sorbonne Université, regroupant les hôpitaux suivants : Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Saint-Antoine, Tenon, Armand-Trousseau, Rothschild, La Roche-Guyon,

- groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Nord-Université de Paris, regroupant les hôpitaux suivants : Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, Bichat, Beaujon, Louis-Mourier, Robert-Debré, Bretonneau, Adélaïde-Hautval,
- groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Université Paris-Saclay, regroupant les hôpitaux suivants : Raymond-Poincaré, Berck, Ambroise-Paré, Sainte-Périne, Bicêtre, Paul-Brousse, Antoine-Béclère,
- groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor, regroupant les hôpitaux suivants : Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Émile-Roux, Dupuytren, Georges-Clemenceau,
- groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, regroupant les hôpitaux suivants : Avicenne, Jean-Verdier, René-Muret,
- l'hôpital Marin à Hendaye
- l'hôpital San Salvador
- l'hôpital Paul-Doumer
- l'Hospitalisation à domicile.

Pôles d'intérêt commun où un CTE local est constitué :

- Service Central des Ambulances (SCA) – Sécurité Maintenance Services (SMS) –Service Central de la Blanchisserie (SCB)
- Agence Générale des Équipements et Produits de Santé (AGEPS)
- Siège
- Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC)

Composition

La composition du comité local obéit aux mêmes règles que celles relatives au comité technique d'établissement central fixées par le I de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique.

Le comité technique d'établissement local du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun est présidé par le directeur ou son représentant. Il peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Le Comité comprend, outre le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, président, les représentants suivants selon le nombre d'agents dans le groupe hospitalo-universitaire :

- 100 à 299 agents : 6 membres titulaires et 6 suppléants ;

- 300 à 499 agents : 8 membres titulaires et 8 suppléants ;
- 500 à 999 agents : 10 membres titulaires et 10 suppléants ;
- 1 000 à 1999 agents : 12 membres titulaires et 12 suppléants ;
- 2 000 à 4 999 agents : 15 membres titulaires et 15 suppléants ;
- 5 000 agents et plus : 15 membres titulaires et 15 suppléants.

L'effectif pris en considération pour définir le nombre de membres est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels.

Les sièges sont attribués en conformité avec la règle fixée par les dispositions du II de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique. La durée du mandat des membres du comité local est de quatre ans. Le comité élit un secrétaire parmi ses membres titulaires. Un représentant de la commission médicale d'établissement locale ou du comité consultatif médical local assiste, avec voix consultative, aux réunions du comité du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun.

Attributions

Le comité local est consulté par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun sur les sujets suivants :

- l'organisation interne locale du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun ;
- les conditions et l'organisation du travail au sein du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- le bilan social local.

S'ajoutent à ces matières celles prévues par le protocole d'accord-cadre sur le dialogue social signé le 8 juillet 2014.

Les avis émis par le comité local sont transmis au comité technique d'établissement central.

Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité local obéissent aux dispositions des articles R. 6144-68 et suivants du Code de la santé publique.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- le comité établit son règlement intérieur ;
- 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 d'un mois ;

- la convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance ;
- le comité se réunit au moins une fois par trimestre ;
- l'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites 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 président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour ;
- les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote ;
- lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité ;
- le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire ;
- un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante ;
- 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 quel que soit le nombre de membres présents ;
- 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. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée ;
- les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance de la commission de surveillance locale. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur du groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours ;
- les avis et vœux émis par le comité local sont transmis au comité technique d'établissement central ;
- le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux ;
- les séances du comité ne sont pas publiques ;

- toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance ;
- les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux ;
- les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

7.1 Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail locaux

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) locaux sont organisés en conformité avec le Code du travail, et notamment avec ses articles R. 4615-1 à R. 4615-21. Il est institué un CHSCT local dans les sites et pôles d'intérêt commun suivants de l'AP-HP :

- Antoine-Béclère
- Albert-Chenevier
- Ambroise-Paré
- Armand-Trousseau
- Avicenne
- Beaujon
- Berck
- Bicêtre
- Bichat Claude-Bernard
- Bretonneau
- Broca La Rochefoucauld La Collégiale
- Corentin-Celton
- Vaugirard Gabriel-Pallez
- Charles-Foix
- Adélaïde Hautval
- Cochin
- Émile-Roux
- Georges-Clemenceau
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hôtel-Dieu
- Jean-Verdier
- Joffre-Dupuytren
- Lariboisière Fernand-Widal
- La Roche Guyon
- Louis-Mourier
- Necker-Enfants malades
- Paul-Brousse
- Villemin Paul-Doumer
- Pitié-Salpêtrière
- Robert-Debré
- René-Muret/Bigottini
- Raymond-Poincaré
- Rothschild
- San Salvador
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Sainte-Périne–Chardon-Lagache–Rossini
- Tenon

- Hedaye
- Henri-Mondor
- Hospitalisation à domicile

Pôles d'intérêt commun où un CHSCT local spécifique est constitué :

- Service Central des Ambulances (SCA)/Sécurité Maintenance Services (SMS)
- Service Central des Blanchisseries (SCB)
- Agence Générale des Équipements et Produits de Santé (AGEPS)
- Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC)
- Un CHSCT local est constitué pour les services du Siège et les pôles d'intérêt commun dépourvus de CHSCT local propre.

Composition

a) CHSCT locaux des groupes hospitalo-universitaires

Le CHSCT local est présidé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci ne puissent prendre part au vote.

Il est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

- des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes à raison de :
 - 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
 - 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
 - 6 représentants dans les sites de 500 à 1 499 agents ;
 - 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus ;
- des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :
 - un représentant sur les sites comprenant au plus 2 500 agents ;
 - 2 représentants sur les sites de plus de 2 500 agents.

Les représentants des personnels mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein du groupe hospitalo-universitaire lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, au sein du groupe hospitalo-universitaire, à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Les représentants mentionnés au deuxième point sont désignés, en son sein, par la commission médicale d'établissement locale du groupe hospitalo-universitaire. La commission médicale d'établissement locale peut désigner des représentants distincts pour les différents CHSCT locaux du groupe hospitalo-universitaire.

Membres avec voix consultative

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du groupe hospitalo-universitaire ;
- le directeur chargé des services économiques ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations ;
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant ;
- (le cas échéant) un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

b) CHSCT local de l'hospitalisation à domicile

Le CHSCT local de l'hospitalisation à domicile (HAD) est présidé par le directeur de l'HAD ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Il est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

- 6 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes ;
 - 1 représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes.
- Les représentants mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein de l'HAD lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations syndicales existant au sein de l'HAD à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Le représentant mentionné au deuxième point est désigné, en son sein, par le comité consultatif médical de l'HAD.

Membres avec voix consultative

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels de l'HAD ;
- le directeur en charge des services économiques de l'HAD ou son représentant ;
- l'ingénieur en charge de l'HAD ou son représentant ;
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'HAD.

c) CHSCT local des pôles d'intérêt commun

Chaque CHSCT local de pôle d'intérêt commun est présidé par le directeur du pôle d'intérêt commun ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Chaque CHSCT local est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes désignés par les organisations syndicales existant au sein du pôle d'intérêt commun lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local, à raison de :

- 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
- 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
- 6 représentants dans les sites de 500 à 1499 agents ;
- 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations syndicales dans chaque pôle d'intérêt commun à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Les membres des CHSCT local sont désignés par les organisations syndicales parmi le personnel du pôle d'intérêt commun lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local.

Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Le CHSCT local de l'AGEPS comprend en sus un représentant des personnels pharmaciens désigné en son sein par le comité consultatif médical de l'AGEPS.

Membres avec voix consultative

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du pôle d'intérêt commun concerné ;
- le directeur en charge des services économiques pour le pôle d'intérêt commun concerné ou son représentant ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations du pôle d'intérêt commun concerné.

d) CHSCT local du pôle d'intérêt commun « Sièges »

Le CHSCT local du pôle d'intérêt commun « Sièges » est présidé par le Directeur du Sièges ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Le CHSCT local est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant 9 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes.

Les représentants des personnels sont désignés par les organisations syndicales parmi le personnel du Sièges lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, existant au sein du Sièges à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

Membres avec voix consultative

- Le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du Sièges ;
- le directeur chargé des services économiques du Sièges ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations du Sièges.

Dispositions communes aux CHSCT locaux

Compétences

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local a pour mission générale de contribuer à la prévention, la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents titulaires et non titulaires des sites, groupes hospitalo-universitaires et pôles d'intérêt commun concernés, des personnels hors cadres, et des personnels mis à la disposition par une entreprise extérieure, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité.

Le CHSCT local est doté des attributions du CHSCT prévus par le Code du travail, il est chargé notamment de :

- veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières ;
- procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail, et également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes ;
- contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels dans le site, le groupe hospitalo-universitaire ou le pôle d'intérêt commun concerné et de susciter toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention des harcèlements moral et sexuel. En ces matières, le refus du directeur en charge du site, groupe hospitalo-universitaire ou le pôle d'intérêt commun concerné doit être motivé ;
- procéder, régulièrement, à des inspections, selon une fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du CHSCT local ;
- réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT local sont informés de sa présence par le directeur en charge du site, groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun concerné et peuvent présenter leurs observations.

Le CHSCT local est consulté, conformément aux dispositions prévues aux articles L. 4612-8 et suivants du Code du travail :

- avant toute décision d'aménagement important 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 des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L. 2323-13 du Code du travail, sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs ;
- sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14 ;
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;
- sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur local applicable au site, groupe hospitalo-universitaire ou pôle d'intérêt commun concerné ;
- sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le directeur en charge du site, groupe hospitalo-universitaire ou pôle d'intérêt commun concerné, le comité technique d'établissement local ou les représentants du personnel.

Modalités de fonctionnement

Le secrétaire du CHSCT local est choisi en son sein parmi les représentants du personnel ayant voix délibérative. La direction en charge du site, groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun concerné l'assiste dans ses fonctions.

Le CHSCT local se réunit au moins quatre fois par an et après chaque accident ou maladie professionnelle grave ayant entraîné une incapacité permanente ou le décès de la victime ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel.

Ces réunions ont lieu au sein du site, groupe hospitalo-universitaire ou du pôle d'intérêt commun concerné, à l'initiative du président du comité. L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le président et le secrétaire, en application de l'article R. 4614-3 du Code du travail. Il est transmis par le président aux membres du CHSCT local et à l'inspecteur du travail. Cette transmission est faite, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion. Lorsqu'une réunion du CHSCT local comporte l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour.

Les décisions du CHSCT local portant sur ses modalités de fonctionnement et l'organisation de ses travaux sont adoptées à la majorité des membres présents. Il en est de même pour les résolutions que le CHSCT adopte. Les membres du CHSCT local sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président. Le CHSCT local peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne de l'AP-HP qui paraîtrait qualifiée.

L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister.

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut réunir en séance commune, en tant que de besoin, les membres des CHSCT locaux relevant du groupe hospitalo-universitaire. Cette réunion est le cas échéant organisée avec l'accord des secrétaires des CHSCT locaux concernés du groupe hospitalo-universitaire. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire préside cette séance commune, assisté du ou des collaborateurs de son choix. Un secrétaire est élu en début de cette séance.

7.2 Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail central

Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central est institué à l'AP-HP afin de coordonner l'activité des différents CHSCT locaux, en conformité avec le premier alinéa de l'article L. 4613-4 du Code du travail.

Composition

Le CHSCT central est présidé par le directeur général de l'AP-HP ou son représentant, assisté par les collaborateurs de son choix, dont notamment :

- le médecin responsable du service central de santé au travail ;
 - le directeur de la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
 - un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.
- Assistent avec voix délibérative :
- 9 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes ;
 - 2 représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes.

La délégation de personnel comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Les représentants des personnels mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein de l'AP-HP lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT central.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, au sein de l'AP-HP, à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

Les représentants mentionnés au deuxième point sont désignés par la commission médicale d'établissement de l'AP-HP en son sein. Le CHSCT central peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne de l'AP-HP qui lui paraîtrait qualifiée. L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT central et peut y assister.

Compétences

Le CHSCT central assure la coordination des CHSCT locaux.

À ce titre, il reçoit les rapports des CHSCT locaux et les examine. Il en dégage des conclusions et suggère les mesures propres à pallier les difficultés ou les déficiences signalées.

Le CHSCT central se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le directeur général de l'AP-HP, le comité technique d'établissement central ou les représentants du personnel. Le CHSCT central est consulté sur les documents se rattachant à sa mission, et notamment sur le règlement intérieur type de l'AP-HP.

Modalités de fonctionnement

Le secrétaire du CHSCT central est choisi parmi les représentants du personnel en son sein. La direction des ressources humaines de l'AP-HP l'assiste dans ses fonctions.

Le CHSCT central peut donner aux CHSCT locaux toutes directives pour l'étude prioritaire de problèmes entrant dans leurs attributions et présentant un caractère urgent ou important. Elle peut également faire des recommandations aux CHSCT locaux pour l'exercice de leur mission. Le CHSCT central peut constituer en son sein des commissions d'étude ou d'enquête ou des groupes de travail dont il détermine la composition et les missions. Un ou plusieurs représentants des organisations syndicales du personnel doivent obligatoirement être désignés pour participer aux travaux de ces commissions ou groupes de travail.

Le CHSCT central attribue à des groupes de travail l'étude et la synthèse des rapports adressés par les CHSCT locaux sur chacune des questions qu'il leur a été suggéré d'examiner. Chaque groupe de travail désigne en son sein un rapporteur chargé de présenter au CHSCT central le résultat des travaux et les conclusions du groupe sur le problème examiné.

Les rapports et propositions préparés par les groupes de travail, les commissions d'étude ou d'enquête sont soumis au CHSCT central qui, après étude et discussion, formule un avis technique sur les solutions à apporter aux problèmes posés et suggère les mesures qui lui paraissent de nature à y remédier.

Les mesures préconisées sont portées à la connaissance des services compétents et des comités techniques d'établissement locaux.

Le CHSCT central est tenu informé des dispositions susceptibles d'être prises consécutivement aux orientations données à la suite de ses travaux. Le CHSCT central se réunit au moins quatre fois par an à l'initiative du directeur général de l'AP-HP ou à la demande de deux de ses membres représentants du personnel. Les membres du CHSCT central sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président du comité.

ANNEXE 8

Commissions des relations avec les usagers

8.1 Commission centrale de concertation avec les usagers

Il est institué au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris une commission centrale de concertation avec les usagers conformément à **l'article 126** du présent règlement intérieur.

Composition

La commission centrale de concertation avec les usagers est composée comme suit :

- le directeur général de l'AP-HP, président, ou son représentant ;
- le directeur de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
- les deux représentants des usagers membres du conseil de surveillance ;
- deux représentants des usagers issus de chaque GHU ;
- le représentant des familles accueillies dans les hôpitaux et unités de soins de longue durée (USLD) participant avec voix consultative au conseil de surveillance ;
- le médiateur médecin de l'AP-HP, coordonnateur des médiateurs médecins ;
- le médiateur non médecin de l'AP-HP, coordonnateur des médiateurs non médecins ;
- deux représentants de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs en charge de la qualité et de la gestion des risques et des relations avec les usagers des GHU ;

- un représentant de la commission médicale d'établissement choisi par le président de cette commission et un suppléant ;
- un directeur médical de DMU choisi par le président de la commission médicale d'établissement ;
- la coordinatrice centrale du service social hospitalier ;
- un représentant de la direction patient, qualité et affaires médicales.

Invités permanents

- le représentant de toute autre direction particulièrement concernée par un sujet ou un projet que la commission souhaite aborder.

Les modalités de désignation des représentants des usagers issus de chaque GHU sont les suivantes : chaque directeur de GHU propose deux représentants des usagers après appel à candidatures au sein des sites dont il a la responsabilité.

Les deux candidats qui ont emporté la majorité des voix sont désignés. Le directeur général arrête la composition de la commission. La durée du mandat des membres est fixée à trois ans renouvelable. Cependant, le mandat des membres de la commission prend fin à l'achèvement du mandat ou des fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Missions

La commission centrale de concertation avec les usagers a pour mission générale de conduire le dialogue institutionnel avec les usagers et de formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers et de la promotion de leurs droits. Elle a notamment les missions suivantes :

- animer un dialogue et débattre avec les représentants des usagers ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers ;
- contribuer à l'élaboration du programme d'action relatif à 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, prévu à l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique ;
- examiner tout sujet afférent aux usagers et à leurs droits, issu de l'analyse des plaintes et réclamations et des rapports des Commissions des usagers locales ou porté à la connaissance des membres de la commission, ainsi que des témoignages de satisfaction ;
- élaborer des recommandations sur les sujets examinés ;
- proposer des plans d'actions, accompagnés de mesures de suivi et d'évaluation ;
- formaliser un projet des usagers à partir de l'ensemble des projets des usagers élaborés au sein des GHU.

La commission exerce ses missions en collaboration avec la commission médicale d'établissement sur les sujets qui relèvent de sa compétence ainsi qu'avec les commissions et comités en charge de la qualité, de la sécurité des soins et de l'accueil et de la prise en charge des usagers présentées à l'**annexe 9** du présent règlement et la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques présentée en **annexe 6** du présent règlement intérieur. Elle peut être amenée à présenter tout sujet relevant de sa compétence devant ces commissions et comités

Fonctionnement

La direction des patients, des usagers et des associations assure le pilotage et la coordination des travaux de la commission. La commission se réunit au moins tous les trois mois et aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président. Les membres sont convoqués au moins quinze jours à l'avance. L'ordre du jour est arrêté par le président, sur proposition des membres de la commission.

Il est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. La commission délibère valablement, sur les recommandations et les propositions qu'elle souhaite émettre, lorsqu'au moins la moitié de ses membres est présente dont le président ou son représentant.. La commission peut être élargie à toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Afin d'élaborer des plans d'actions et des recommandations, la commission peut constituer tout groupe de travail et le cas échéant faire appel à toute personne qualifiée en lien avec les sujets considérés. Le président peut demander à un représentant de la commission de présenter toute communication de son choix devant le directoire. Il peut demander à la commission d'examiner ou d'instruire des demandes formulées par le directoire. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel et au respect de la confidentialité des informations portées à leur connaissance.

8.2 Commissions des usagers locales

Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue une commission des usagers, dans les hôpitaux constituant les groupements d'hôpitaux et dans les hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupement d'hôpitaux. Il en organise la coordination au sein des mêmes groupements conformément à l'article R. 1112-81-III du Code de la santé publique. Une commission des usagers est constituée pour chacun des sites suivants de l'AP-HP :

- Antoine-Béclère
- Ambroise-Paré
- Armand-Trousseau
- Avicenne
- Beaujon
- Berck
- Bicêtre
- Bichat Claude-Bernard
- Bretonneau
- Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale
- Corentin-Celton
- Vaugirard Gabriel-Pallez
- Charles-Foix
- Hôtel-Dieu
- Jean-Verdier
- Joffre-Dupuytren
- Lariboisière Fernand-Widal
- La Roche Guyon
- Louis-Mourier
- Necker Enfants-malades
- Paul-Brousse
- Paul-Doumer
- Pitié-Salpêtrière
- Robert-Debré
- René-Muret
- Raymond-Poincaré

- Cochin
- Émile-Roux
- Georges-Clemenceau
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hôpital marin d'Hendaye
- Henri-Mondor Albert-Chenevier
- Hospitalisation à domicile
- Rothschild
- San Salvador
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Sainte-Périne Chardon Lagache Rossini
- Tenon

Composition

La Commission des usagers locale comprend :

- le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant ;
- un médiateur médecin et son suppléant, désigné par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- un médiateur non médecin et son suppléant, désigné par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé.

Peuvent assister aux séances de la commission locale, avec voix consultative :

- le chargé des relations avec les usagers et les associations au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale ou le représentant qu'il désigne parmi les membres de cette commission ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le président de cette commission parmi ses membres ;
- un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;
- un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées ;
- le directeur chargé de la politique qualité et de la gestion des risques au sein du groupe hospitalo-universitaire ;
- un représentant des familles accueillies dans les unités de soins de longue durée (USLD), pour les hôpitaux concernés.

Peuvent également assister aux séances de la commission locale :

- les suppléants du médiateur médecin, du médiateur non médecin et des représentants des usagers, y compris en présence des membres titulaires,
- le cas échéant les agents chargés de l'animation et de la coordination des structures dédiées à l'accueil des usagers (maisons des usagers, maisons des associations, maisons d'information en santé, ...) sur invitation du président de la commission.
- La commission locale peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire arrête la composition de la commission.

La liste nominative des membres de la commission locale est arrêtée par le représentant légal de l'hôpital, affichée sur les différents sites du groupe hospitalo-universitaire et précisée dans le livret d'accueil.

Missions

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée au sein du site hospitalier dont elle relève, en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'hospitalité, 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. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées au groupe hospitalo-universitaire et concernant le site hospitalier par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables du groupe hospitalo-universitaire sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues à l'**article 124** du règlement intérieur type de l'AP-HP la commission examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par le groupe hospitalo-universitaire pour y remédier.

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

A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- une synthèse des réclamations et plaintes adressées au groupe hospitalo-universitaire et concernant le site par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels le groupe hospitalo-universitaire satisfait à ces demandes ;
- le résultat des enquêtes et audits concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre le groupe hospitalo-universitaire par les usagers ;
- une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par le groupe hospitalo-universitaire pour y remédier ;
- les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissent l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;
- les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an, en ce qui concerne le groupe hospitalo-universitaire.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- procède à une appréciation des pratiques du groupe hospitalo-universitaire concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- recense les mesures adoptées au cours de l'année en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact des plans d'actions mis en œuvre ;

- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3. Ce rapport ne comporte que des données anonymes.

Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis à la commission de surveillance du groupe hospitalo-universitaire quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle cette dernière 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, avec les éléments d'information énumérés au 1° de l'article R.1112-80, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

- La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers au sein du site hospitalier et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant au sein du site hospitalier.

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. Il s'appuie sur les rapports d'activité établis annuellement par la commission. La commission médicale d'établissement locale contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au directeur général pour contribution à l'élaboration du projet d'établissement. La commission de surveillance du groupe hospitalo-universitaire délibère au moins une fois par an sur la politique du groupe hospitalo-universitaire en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base des rapports présentés par les commissions des usagers. Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5.

Fonctionnement

La commission locale se réunit en formation plénière au moins quatre fois par an sur convocation de son président. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative. Le directeur du groupe hospitalo-universitaire réunit au moins une fois par an en séance commune l'ensemble des commissions locales du groupe.

Le président de la commission locale arrête l'ordre du jour et le transmet aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. La commission locale dispose d'un règlement intérieur. Dans le cadre de ses compétences, elle peut avoir accès aux données relatives aux plaintes ou réclamations adressées à l'hôpital ou au groupe hospitalo-universitaire, 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 commission locale sont astreints au secret professionnel. Elle se réunit en formation restreinte aussi souvent que nécessaire, pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La Commission locale fixe la liste des membres et les modalités de travail de sa formation restreinte.

Président – Vice-Président

La présidence de la commission peut être assurée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, par un médiateur ou par un représentant des usagers. Le président est élu parmi les membres titulaires, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres avec voix délibérative composant la commission. Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, 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 commission des usagers élit dans les mêmes conditions un vice-président parmi les membres suivants : le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, un médiateur titulaire ou un représentant des usagers titulaire. Le vice-président ne peut être élu dans la même catégorie que le président. Son mandat est renouvelable deux fois. En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

Comité de certification de l'AP-HP

Missions du comité de certification

Le comité de certification de l'AP-HP :

- définit et valide les modalités d'organisation au sein de l'AP-HP pour chaque procédure de certification ;
- s'assure que les organisations en place et les équipes « qualité » sont en situation d'assurer ces démarches dans les groupes hospitalo-universitaires et les hôpitaux hors groupe hospitalo-universitaire
- formule des recommandations pour la conduite de la certification à l'AP-HP et veille à leur application ;
- est tenu informé du déroulement des différentes étapes de la procédure au sein de l'AP-HP ;
- examine les attentes et avis de la HAS et analyse les différents résultats ;
- instruit les évaluations et actions nécessaires à son bon déroulement ;
- suit les mesures à prendre suite aux visites de certification.

Composition du comité de certification

Le comité de certification de l'AP-HP est composé de membres permanents nommés par arrêté du directeur général :

- le directeur général de l'AP-HP, président du comité ;
- le président de CME de l'AP-HP ;
- 2 membres de la CME choisis par le président de la CME ;
- le directeur général adjoint de l'AP-HP ;
- la directrice générale des soins ;
- Les directeurs des directions fonctionnelles du siège en fonction de l'ordre du jour ;
- les experts en certification de la DOMU ;
- 1 représentant des usagers ;
- 1 représentant des experts visiteurs de l'AP-HP ;
- 2 directeurs de groupes hospitalo-universitaires ;
- 1 président de CMEL ;
- 1 médecin impliqué dans la certification au sein des groupes hospitalo-universitaires ;
- 1 directeur « qualité » de groupe hospitalo-universitaire ;
- 1 directeur des soins de groupe hospitalo-universitaire.

Organisation et fonctionnement du comité de certification

Le comité de certification de l'AP-HP se réunit au moins 2 fois par an et en tant que de besoin, à la demande de son président, de la majorité de ses membres, sur la base d'un ordre du jour établi par le président du comité.

L'ordre du jour est diffusé aux membres 15 jours avant la séance.

Il peut être saisi par la commission médicale d'établissement de toute question relative à la qualité et la sécurité des soins.

Le comité peut faire appel à d'autres intervenants en fonction de ses priorités ainsi qu'à des groupes de travail spécifiques si besoin.

Le comité ne peut valablement délibérer qu'en présence d'au moins un tiers de ses membres permanents.

Le secrétariat du comité est assuré par les experts « Certification » de la DOMU.

ANNEXE 9

Instances centrales et locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Les instances centrales et locales relatives à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers concourent à l'élaboration et au suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins sous l'égide de la commission médicale d'établissement et de son président, premier vice-président du directoire. Ainsi qu'il est indiqué à l'**article 4** du présent règlement, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives.

Les instances centrales et locales conduisent par ailleurs leurs missions en lien étroit avec les commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'avec les CRUQPC locales visées à l'**article 127**.

Leurs rapports annuels respectifs sont pris en compte dans le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, assorti d'indicateurs de suivi que la commission médicale d'établissement propose au directeur conformément à l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et un référent en antibiothérapie sont nommés par le directeur général en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement.

9.1 Instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins.

Les instances centrales suivantes sont instituées au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) ;
- le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- la cellule Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (C-QSS-CAPCU).

9.1.1 Composition et missions

Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Composition

Le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est composé comme suit :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- un praticien désigné en son sein par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- les présidents de comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN) de chaque groupe hospitalo-universitaire ou hôpital ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;
- quatre praticiens hygiénistes ;
- deux cadres de santé infirmiers ou infirmiers hygiénistes ;
- le représentant du service central de médecine et santé au travail ;
- le délégué à la prévention des infections nosocomiales ;
- le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le cadre infirmier de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- le référent en antibiothérapie ;
- un représentant de la direction générale ;
- une personne référente au sein du siège en matière logistique ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
 - direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
 - direction économique, financière de l'investissement et du patrimoine ;
 - direction des ressources humaines ;
 - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
 - direction des soins et des activités paramédicales.

Un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, un représentant titulaire du comité technique d'établissement central et un représentant titulaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité. Le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Paris-Nord ou son représentant est invité à titre permanent.

Missions

Le comité central de lutte contre les infections nosocomiales :

- coordonne l'action des professionnels de l'AP-HP s'agissant de la prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, de la surveillance de ces infections et de leur signalement, de la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'AP-HP en cette matière, de l'évaluation périodique de ces actions de lutte ainsi que du bon usage des antibiotiques ;
- prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière centrale, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;

- se prononce sur le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales préparé par l'équipe opérationnelle d'hygiène du Siège. Ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs ;
- définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'AP-HP permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins ;
- participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines la concernant ;
- est consultée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales au sein des groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

Comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS)

Composition

Le comité des vigilances et des risques associés aux soins est composé comme suit :

- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- les présidents des comités locaux des vigilances et des risques médicaux associés aux soins des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;
- un représentant du directeur général ;
- un représentant de la fédération de pharmacovigilance d'Île-de-France ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- des représentants des directions du Siège suivantes :
 - 2 représentants de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités dont le responsable de la gestion des risques et de la coordination des vigilances au sein de cette direction ;
 - un représentant de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
 - un représentant de la direction des soins et des activités paramédicales.

Un membre au moins du comité est membre de la commission médicale d'établissement. À la demande du président ou à celle du comité, toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances.

Un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, un représentant du comité technique d'établissement central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.

Missions

Le comité :

- propose une politique institutionnelle d'amélioration de la sécurité des patients et des vigilances ;
- propose, en les priorisant, un programme annuel d'actions et en définit les modalités d'accompagnement et d'évaluation ;
- assure les interfaces utiles à la sécurité des patients avec les différents secteurs opérationnels en charge au sein de l'AP-HP des risques techniques, logistiques et des ressources humaines ;
- promeut des actions de formation et d'évaluation s'agissant des démarches méthodologiques et des outils de gestion des risques associés aux soins ;
- diffuse, après évaluation, les mesures de sécurité de portée générale, à partir de l'analyse des signalements internes ou externes ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement ainsi qu'à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

Comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP)

Composition

Le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs est composé comme suit :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;

- les présidents des « CLUD-SP » des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ou leurs représentants ;
- un représentant de la collégiale des infirmiers diplômés d'État « consultants douleur » ;
- un représentant de la collégiale des soins palliatifs ;
- un représentant de la collégiale des médecins de la douleur d'Île-de-France ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un représentant de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- un représentant des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- un représentant des unités de soins palliatifs ;
- un représentant de l'inter-CLUD gériatrique de l'AP-HP ;
- un représentant des professionnels spécialisés dans la prise en charge pédiatrique ;
- un infirmier expert dans le domaine d'action du comité ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
 - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
 - direction des soins et des activités paramédicales.

À la demande du président du comité, toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances.

Un représentant du comité technique d'établissement central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.

Missions

Le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs, dans ses domaines d'action :

- propose la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en matière de douleur, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie ;
- apporte un appui méthodologique et veille, en lien avec la procédure de certification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration de la qualité des prises en charge et des pratiques professionnelles engagées par l'AP-HP ;
- assure un rôle d'observatoire des prises en charge au sein de l'AP-HP en vue d'élaborer une politique adaptée à la diversité des populations prises en charge ;

- propose les thèmes prioritaires et les contenus des formations initiales et des formations continues des médecins et des paramédicaux ;
- propose les grands axes de la recherche dans le domaine d'action du comité ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement ainsi qu'à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques son bilan annuel d'activité ainsi que ses avis et propositions d'actions.

Comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

Composition

Le comité central de liaison en alimentation et nutrition est composé comme suit :

- les présidents des CLAN locaux des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;
- les vice-présidents, cadres diététiciens des CLAN locaux ;
- le médecin responsable au sein de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de la coordination des CLAN locaux de l'AP-HP ;
- le cadre de santé diététicien du siège de l'AP-HP ;
- un biologiste spécialisé en nutrition et un pharmacien de site hospitalier ;
- une personne référente au sein du siège en matière logistique ;
- un responsable local de la restauration ;
- des médecins spécialisés dont :
 - un anesthésiste-réanimateur ;
 - un spécialiste de la nutrition parentérale au long cours ;
 - un spécialiste de la prise en charge des troubles des comportements alimentaires ;
 - un médecin ou chirurgien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité morbide ;
- un expert en santé publique ;
- un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s par la direction des soins et des activités paramédicales ;
- le vétérinaire du pôle d'intérêt commun ACHAT ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
 - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
 - direction des soins et des activités paramédicales ;
 - direction des patients, usagers et associations ;
- praticien désigné en son sein par la CME.

Les présidents du CLIN, du CLUD-SP, du COMEDIMS et du COVIRIS, ainsi que le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont invités à titre permanent. Toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances par le bureau du CLAN central.

Un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, un représentant du comité technique d'établissement central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.

Missions

Le comité central de liaison en alimentation et nutrition :

- propose la politique nutritionnelle de l'AP-HP et notamment des mesures et actions permettant d'améliorer le dépistage, la prévention, la prise en charge nutritionnelle des patients et d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation alimentaire et de la nutrition thérapeutique ;
- propose un programme annuel d'actions et y inclut des indicateurs de suivi ;
- veille à la cohérence des actions menées par les différents secteurs opérationnels dans les domaines de la nutrition et l'alimentation : politique médicale, logistique, soins et nutrivigilance, droits du patient, HAD, liaison avec la ville ;
- apporte un appui méthodologique aux différents professionnels concernés ;
- propose les thèmes prioritaires et les contenus des formations continues des médecins et paramédicaux ;
- propose les grands axes de la recherche en nutrition clinique au sein de l'AP-HP ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Composition

La commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est composée comme suit :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- le président du CEDIT ou son représentant ;

- le président de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ou son représentant ;
- le directeur de l'AGEPS ou son représentant ;
- le directeur des achats de l'AGEPS ou son représentant ;
- le chef du service d'évaluation pharmaceutique et bon usage de l'AGEPS ;
- 20 médecins et pharmaciens désignés par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant de la commission centrale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le responsable de la coordination régionale de pharmacovigilance ou son représentant ;
- un préparateur en pharmacie ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
 - direction économique et financière, de l'investissement et du patrimoine ;
 - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités.

Peuvent être membres de la commission avec voix consultative les présidents des COMEDIMS locaux ainsi que toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution de la commission.

À la demande du président de la commission médicale d'établissement, du président du COMEDIMS ou à celle du comité, toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances. Les présidents du CLIN, du CLUD-SP et du CLAN, ainsi que le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont invités à titre permanent.

La COMEDIMS travaille en lien étroit avec le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Missions

La commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) a pour mission :

d'élaborer un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et d'en dresser le bilan ;

- de proposer en lien avec la CME, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles de l'AP-HP ;
- d'établir la liste des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux stériles) qui pourront être mis à disposition à l'AP-HP après accord sur le prix dans le cadre d'un marché négocié, ou après mise en concurrence dans le cadre d'un appel d'offres, en lien, en cas

- de besoin, avec les structures d'évaluation nationales ou de l'AP-HP sur les produits de santé (évaluation des nouveaux produits, réévaluation de produits, révision de classes, recherche de consensus) ;
- d'émettre des recommandations en matière de prescription et de bon usage et de juste prescription :
 - dont des recommandations sur les équivalences thérapeutiques ;
 - et des actions de suivi médico-économique sur des thèmes ciblés ;
 - de contribuer dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament :
 - à l'application des plans de minimisation des risques définis dans le cadre des plans de gestion des risques des AMM des médicaments ;
 - à l'identification des situations de prescription hors AMM et d'en déduire les conséquences en termes d'informations aux prescripteurs et de propositions de modifications de libellés d'AMM (avec ou sans réalisation de programme de recherche clinique par PHRC) ;
 - de favoriser l'évaluation des dispositifs médicaux et l'accès à l'innovation pour les dispositifs médicaux « innovants » et/ou coûteux par la réalisation d'essais cliniques de recherche biomédicale et la mise en place de registres (interfaces avec des structures AP-HP dont CEDIT et Centre d'évaluation du dispositif médical (CEDM)) ;
 - de contribuer au développement du nouveau système d'information patient (ORBIS), et notamment de :
 - définir et valider les informations et des alertes devant être disponibles pour le prescripteur et notamment celles permettant l'identification des situations thérapeutiques à haut risque (allergies, insuffisance rénale, ...) ;
 - aider à la mise à jour du livret thérapeutique pour les nouveaux médicaments ;
 - valider les protocoles d'administration (harmonisation au sein de l'AP-HP) ;
 - favoriser la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques ;
 - étudier les modalités d'intervention d'ORBIS pour favoriser la détection des effets indésirables ou erreurs médicamenteuses, en vue de leur analyse et éventuelle notification ;
 - de renforcer les coopérations avec les COMEDIMS des groupes hospitalo-universitaires.
- Elle transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

9.1.2 Fonctionnement : dispositions communes aux instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins

Durée du mandat des membres

Les membres permanents de chaque instance centrale, autres que les membres de droit, sont désignés, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences.

Leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Présidence et vice-présidence

Les présidents de chaque instance et leurs vice-présidents sont désignés parmi les membres respectifs de chaque instance, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences. La commission médicale d'établissement en est informée. Les présidents dirigent les réunions de ces instances. Ils sont chargés de veiller à l'application du présent règlement intérieur. Ils assurent la bonne tenue des débats et la discipline des réunions. Ils veillent à ce que tous les membres de l'instance puissent s'exprimer et à ce que le temps de parole soit réparti équitablement.

Les vice-présidents assistent les présidents ; ils siègent et participent aux votes dans les mêmes conditions qu'un membre titulaire. En cas d'empêchement temporaire des présidents, les vice-présidents les suppléent et disposent dans ce cas de toutes les prérogatives des présidents.

Secrétariat

Les instances disposent d'un secrétariat.

La direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités assure le secrétariat des différentes instances excepté celui de la commission centrale chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles, dont le secrétariat est assuré par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS). Le secrétariat est chargé d'apporter l'aide scientifique et administrative nécessaire au bon fonctionnement des instances, ainsi que le

soutien à la conduite des projets et programmes de chaque instance. Il veille notamment à la mise à jour des arrêtés de composition de chaque instance. Chaque secrétariat conserve tout document issu des instances concernées.

Fréquence des réunions

Chaque instance se réunit au moins trois fois par an à l'initiative de son président, qui en fixe l'ordre du jour.

Convocation et ordre du jour

L'ordre du jour est établi par le président de chaque instance. Sauf urgence, huit jours avant la séance, une convocation informant du lieu, de la date, des horaires et de l'ordre du jour est adressée à chaque membre de l'instance concernée par courrier papier et/ou par courrier électronique ainsi que les documents à examiner en séance. En cas d'urgence, le délai de huit jours peut être diminué, et les documents relatifs à la question traitée peuvent être remis en séance.

Absence et représentation

Au sein de chaque instance, les membres de droit siègent eux-mêmes ou font connaître au secrétariat le nom de la personne qui les représentera. Les membres titulaires nommés font connaître au secrétariat des instances leur empêchement de siéger dans les plus brefs délais suivant la réception de leur convocation. S'il est constaté qu'un membre ne participe pas régulièrement aux travaux des instances, son président peut proposer son remplacement. Cette mesure n'intervient qu'après notification préalable par courrier au membre concerné, qui est appelé à faire valoir ses observations. Le remplaçant est nommé dans les mêmes formes que les autres membres.

Feuille de présence

Tous les participants aux séances des instances signent une feuille de présence, préparée par le secrétariat de l'instance concernée, mentionnant leur nom et qualité.

Participation aux réunions de personnes non membres des instances Toute personne non membre de l'instance ne peut assister à une réunion qu'avec l'accord du président de l'instance concernée. Des personnes extérieures, notamment des stagiaires, peuvent exceptionnellement assister en nombre restreint à une séance d'une instance avec l'accord préalable de son président. Il est fait état de la présence de ces personnes en début de séance afin de s'assurer qu'elle ne suscite pas d'objection de la part des membres de l'instance concernée. Ces personnes doivent respecter la confidentialité.

Audition des personnes qualifiées

Les instances ont la faculté d'entendre toutes personnes qualifiées. Ces personnes sont désignées au cas par cas, en fonction des dossiers.

Modalités d'adoption des avis

Après clôture des débats au sein de chaque instance, le président formule s'il y a lieu les propositions d'avis sur lesquelles il s'agit de délibérer. En toute matière, il ne peut être procédé à la mise en délibération avant que le président ait invité à prendre la parole ceux des membres qui souhaiteraient s'exprimer. Pour chaque dossier, l'avis est adopté après constat d'un consensus par le président ou à l'issue d'un vote. En cas d'adoption par consensus, c'est-à-dire en l'absence de toute opposition ou objection sur le dossier évoqué, le compte rendu de séance mentionne que la délibération est prise à l'unanimité. En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si l'un des membres demande qu'il ait lieu à bulletin secret. Le résultat des votes est acquis à la majorité des suffrages exprimés (déduction faite des abstentions). Les détails des votes et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires le cas échéant, sont consignés dans le compte rendu de réunion.

Compte rendu de séance Rédaction

Un compte rendu est rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétariat de chaque instance. Le compte rendu contient notamment les éléments suivants :

- la date de la réunion ;
- le nom des participants avec un classement par qualités (membres, rapporteurs, experts, évaluateurs...);
- les questions traitées au cours de la séance ;
- la mention des conflits d'intérêts élevés, le cas échéant, leur nature et leur conséquence en termes de non-participation au traitement du dossier en cause du membre concerné ;
- les détails des votes et les explications des votes, y compris, le cas échéant les opinions minoritaires.

Approbation

Pour chaque instance, le compte rendu de séance fait l'objet d'une approbation formelle en début de séance suivante, ou par écrit en cas de nécessité. En cas de contestation ou de réserve émise par l'un des participants concernant la rédaction du compte rendu, il en est fait mention dans le compte rendu définitif. Pour toutes les instances, l'adoption du compte rendu de la séance précédente doit faire l'objet d'un paragraphe dans ce nouveau compte

rendu avec précision des modifications à apporter. La version finale du compte rendu adopté est adressée à tous les membres de chaque instance au plus tard huit jours avant la séance suivante de l'instance concernée.

Conflits d'intérêt et confidentialité des données

Chaque instance met en œuvre une procédure de prévention et de gestion des conflits d'intérêt. Les membres sont tenus par ailleurs au respect de la confidentialité des données qui leur sont communiquées.

Rapport annuel et programme d'actions

Chaque instance élabore un rapport annuel.

Le rapport annuel, les avis ou propositions d'actions élaborés par les instances sont transmis au directeur général de l'AP-HP, au président de la commission médicale d'établissement et au coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Ils sont mis à la disposition des membres de la commission médicale d'établissement.

9.1.3 Cellule « Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (Cellule « QSS-CAPCU »)

Composition

La Cellule « QSS-CAPCU » est composée comme suit :

- le président de la CME, président ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) ;
- le responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RMSQ) ;
- le président de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- le président du comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le médecin responsable de l'équipe opérationnelle centrale d'hygiène (ÉOH) au sein de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ;
- le président du comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) ;

- le médecin responsable de la gestion des risques associés aux soins au sein de la DOMU ;
- le président du comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- le président du comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le président de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ou son représentant ;
- les représentants de la commission médicale d'établissement (CME) à la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ;
- le président du comité d'orientation du développement professionnel continu (DPC) ;
- le médecin responsable du développement professionnel continu médical au sein de la direction des ressources humaines (DRH) ;
- deux représentants de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;
- le directeur des soins et des activités paramédicales (DSAP) ou son représentant ;
- le président ou le vice-président du comité d'identitovigilance de l'AP-HP ;
- le médecin référent en antibiothérapie de l'AP-HP ;
- le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'AP-HP ;
- le directeur de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ou ses représentants chargés de la qualité et de la gestion des risques, de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- le directeur des patients, usagers et associations (DPUA) ou son représentant ;
- le directeur des systèmes d'information (DSI) ou son représentant.

Le président de la cellule « QSS-CAPCU » peut inviter à ses séances toute personne ayant compétence dans les domaines d'attribution de la cellule.

Une personne non membre de la Cellule « QSS-CAPCU » ne peut assister à une réunion de la cellule qu'avec l'accord de son président.

Missions

La Cellule «QSS-CAPCU»

- prépare les travaux de la CME en matière de politique d'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- définit les priorités et le plan d'action pour l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en collaboration avec la CSIRMT et la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ;
- organise une concertation avec les responsables médicaux de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers au sein

des groupes hospitalo-universitaires (GHU) et des hôpitaux hors groupes hospitalo-universitaires sur les priorités en ces matières et s'assure de leur déclinaison et de leur diffusion au sein des groupes hospitalo-universitaires et hôpitaux hors groupes hospitalo-universitaires ;

- prépare le bilan annuel du plan d'action pour l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, qui est présenté aux instances de l'AP-HP ;
- donne un avis sur les projets institutionnels se rapportant à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- s'assure que les projets visant à améliorer la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers s'articulent avec le programme de développement professionnel continu.

La direction générale met à disposition de la cellule les moyens nécessaires à ses missions, en particulier en matière de communication.

Fonctionnement

Durée du mandat des membres

Le mandat des membres de la Cellule « QSS-CAPCU » prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

Présidence

La Cellule « QSS-CAPCU » est présidée par le président de la CME.

Secrétariat

Le secrétariat de la Cellule « QSS-CAPCU » est assuré par la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU).

Le secrétariat est chargé d'apporter l'aide scientifique et administrative nécessaire au bon fonctionnement de la cellule, ainsi que le soutien à la conduite des projets et programmes de la cellule. Il s'assure de la contribution des directions du Siège concernées par les projets et programmes de la cellule, en particulier en matière de système d'information et en moyens de communication. Il rédige les comptes rendus des réunions, qui sont approuvés lors de la séance suivante et publiés sur le site de la CME.

Fréquence des réunions et ordre du jour

La Cellule « QSS-CAPCU » se réunit tous les mois, à l'exception des mois de juillet et août. Elle peut en outre être réunie à l'initiative de son président. Le président de la CME, président de la cellule, établit l'ordre du jour des réunions.

Conflits d'intérêts et confidentialité

Les dispositions rassemblées sous le titre « Conflits d'intérêts et confidentialité des données » du paragraphe 9.1.2. « Fonctionnement : dispositions communes aux instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins » de la présente annexe s'appliquent sans particularités à la Cellule « QSS-CAPCU » et à ses membres.

9.2 Instances locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Au sein de chaque groupe hospitalo-universitaire, le directeur institue, en lien avec la commission médicale d'établissement locale et son président ainsi qu'avec la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son président, des instances locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ces instances locales sont :

- le comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN) ;
- le comité local des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS local) ;
- le comité local de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLLUD-SP) ;
- le comité local de liaison en alimentation et nutrition (CLLAN) ;
- la commission locale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CLOMEDIMS).

Les modalités de coordination de ces différentes instances sont définies dans le règlement intérieur local du groupe hospitalo-universitaire. La composition de ces instances prend en compte une représentation minimale et équilibrée des sites composant le groupe hospitalo-universitaire.

Chaque site hospitalier est doté d'une équipe opérationnelle d'hygiène et d'un référent en antibiothérapie. Le référent antibiothérapie du site hospitalier est nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement locale. Chaque équipe opérationnelle d'hygiène est composée au minimum d'un médecin (1 ETP/800 lits du site hospitalier) et d'un cadre de santé infirmier ou d'un

infirmier (1 ETP/400 lits du site hospitalier) et, autant que possible, d'un technicien biohygiéniste ainsi que d'un secrétariat qui se consacrent entièrement au travail sur site. Dans chaque site hospitalier, au moins un des infirmiers hygiénistes est cadre de santé. Si le groupe hospitalo-universitaire souhaite mettre en place une coordination de ses différentes équipes opérationnelles d'hygiène, le temps dévolu à cette fonction doit être attribué indépendamment du temps de travail sur site assuré par l'équipe opérationnelle d'hygiène du site. Chaque équipe opérationnelle d'hygiène de site est représentée au comité local de lutte contre les infections nosocomiales du groupe hospitalo-universitaire. Ces instances sont organisées selon les principes retenus pour les instances centrales. Elles déclinent, à l'échelon de chaque groupe hospitalo-universitaire, la politique institutionnelle et les missions des instances centrales. Elles définissent et mettent en œuvre les actions adaptées à leur activité et à leurs spécificités. Il est créé si nécessaire des groupes de travail spécifiques, à l'échelon des sites hospitaliers, pour relayer la politique du groupe hospitalo-universitaire. Elles exercent leurs missions en lien étroit avec les CDU locales du groupe hospitalo-universitaire. Les représentants des usagers membres des CDU locales participent à ces instances.

ANNEXE 10

Commissions de l'activité libérale

10.1 Commission centrale de l'activité libérale

Attributions

Une commission centrale de l'activité libérale est instituée au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, en application des articles L. 6154-5 et R. 6154-11 et suivants du Code de la santé publique. Cette commission est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie compétente, le président du conseil

de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur général de l'AP-HP ou le président de l'une des commissions locales de l'activité libérale. Un praticien peut saisir la commission centrale de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités susmentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'AP-HP et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, et au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

Elle peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment la communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

Elle donne son avis ou formule des propositions sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale donnée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la base des contrats conclus entre les praticiens libéraux et l'AP-HP.

Composition

Les membres de la commission centrale de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. La commission comprend, conformément à l'article R. 6154-12 du Code de la santé publique :

- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins du département d'implantation du groupe hospitalo-universitaire, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP 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 ;
- deux représentants non médecins désignés par le conseil de surveillance, dont au moins un parmi ses membres ;
- un représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France désigné par son directeur général ;
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens de l'AP-HP exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- un praticien statutaire à temps plein de l'AP-HP, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

- un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

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.

Fonctionnement

Le mandat des membres de la commission centrale de l'activité libérale d'établissement 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.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 (directeur général de l'agence régionale de santé, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, président du conseil de surveillance, président de la commission médicale d'établissement et directeur général de l'AP-HP) 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 est assuré par la direction de la politique médicale. Lorsque, par application de l'article L. 6154-6, la commission est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier. Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure.

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine. Passé ce délai, cet avis est réputé rendu.

La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale prévue par l'article L. 6154-6 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 de l'AP-HP par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

10.2 Commissions locales de l'activité libérale

Il est constitué à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris autant de commissions locales de l'activité libérale qu'il existe de commissions médicales d'établissement locales, conformément à l'article R. 6154-13 du Code de la santé publique, c'est-à-dire une par groupe hospitalo-universitaire.

Missions

Les commissions locales de l'activité libérale sont chargées de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elles apportent à la commission centrale de l'activité libérale les informations et les avis utiles à l'exercice de sa mission et peuvent la saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein.

Composition

Les membres de la commission locale de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission locale comprend :

- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins du département d'implantation du groupe hospitalo-universitaire, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP 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 ;
- deux représentants non médecins désignés par le conseil de surveillance dont au moins un parmi ses membres ;
- un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;

- deux praticiens exerçant une activité libérale : l'un désigné par la commission médicale d'établissement locale compétente et l'autre désigné par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens exerçant en dehors du groupe hospitalo-universitaire ;
- un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

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.

Fonctionnement

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. La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 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 est assuré par la direction du groupe hospitalo-universitaire.

Commissions relatives à l'organisation de la permanence des soins (COPS)

11.1 Commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

La commission médicale d'établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins.

Composition

Les représentants de la commission sont désignés par la commission médicale d'établissement. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedis après-midi, de dimanches et jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte. La commission est composée comme suit :

- membres de droit :
 - le directeur général ou son représentant, assisté du collaborateur ou des collaborateurs de son choix ;
 - le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- représentants des spécialités disposant au sein des groupes hospitalo-universitaires de permanences sur place et/ou d'astreinte :
 - deux représentants pour l'anesthésie-réanimation ;
 - deux représentants pour la biologie ;
 - un représentant pour la cardiologie ;
 - un représentant pour la chirurgie générale ;
 - un représentant pour la chirurgie orthopédique ;
 - un représentant pour la gynécologie obstétrique ;
 - un représentant pour l'ORL ;
 - un représentant pour la pédiatrie ;
 - un représentant pour la psychiatrie ;
 - un représentant pour la radiologie ;
 - un représentant pour la réanimation médicale ;
 - un représentant pour les urgences ;

- un représentant des chefs de clinique – assistants des hôpitaux... ;
- un représentant des praticiens contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des internes.

Attributions

La commission :

- définit les schémas d'organisation et de la permanence des soins par secteur d'activité et par groupe hospitalo-universitaire (GHU) (il est précisé qu'il appartient à chaque commission locale de l'organisation de la permanence des soins, pour le groupe hospitalo-universitaire concerné, de donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et de définir le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre) ;
- définit un cadre à l'usage des commissions locales pour l'organisation en temps médical continu et délivre les autorisations après examen des dossiers ;
- constitue un recours en cas de litige ou de contestation sur les organisations retenues localement concernant notamment :
 - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes ;
 - les règles établissant le repos « post-garde » pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale ;
 - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins ;
 - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur le compte épargne temps (CET) ;
- peut demander en tant que de besoin :
 - un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par DMU ;
 - l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et les directions ;
 - un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel, au vu du tableau général annuel ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement ;
- donne un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements de santé pour assurer la permanence des soins.

Fonctionnement

Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la politique médicale.

Séances

La commission se réunit :

- en session ordinaire, une fois par trimestre ;
- chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

Le président de la commission assiste à la commission médicale d'établissement pour exprimer l'avis donné par la commission sur les demandes de création ou les propositions de suppression de gardes et/ou d'astreintes.

L'ordre du jour des séances est fixé par le président de la commission. Les convocations sont adressées par la direction de la politique médicale. Un tiers des membres doit être présent pour que la commission puisse valablement siéger.

Dans le cas où la commission doit procéder à un vote, il n'y a pas possibilité de procuration. La direction de la politique médicale établit le compte rendu de la séance avec le président de la commission. Le compte rendu doit être définitivement adopté lors de la séance suivante. Les procès-verbaux de la commission sont diffusés pour chaque groupe hospitalo-universitaire de l'AP-HP auprès du directeur et du président de la commission locale).

11.2 Commissions de l'organisation de la permanence des soins locales (COPS locales)

La commission médicale d'établissement locale met en place une commission de l'organisation de la permanence des soins locale.

Composition

Les représentants de la commission sont désignés par la commission médicale d'établissement locale. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedis après-midi, de dimanches et de jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte.

La commission est composée comme suit :

- membres de droit :

- le directeur du groupe hospitalo-universitaire, assisté des collaborateurs de son choix ;
- représentants des spécialités disposant au sein du groupe hospitalo-universitaire de permanences sur place et/ou d'astreinte :
 - un représentant pour l'anesthésie-réanimation ;
 - un représentant pour la biologie ;
 - un représentant pour la cardiologie ;
 - un représentant pour la chirurgie générale ;
 - un représentant pour la chirurgie orthopédique ;
 - un représentant pour la gynécologie obstétrique ;
 - un représentant pour l'ORL ;
 - un représentant pour la pédiatrie ;
 - un représentant pour la psychiatrie ;
 - un représentant pour la radiologie ;
 - un représentant pour la réanimation médicale ;
 - un représentant pour les urgences ;
- un représentant des chefs de clinique ; assistants des hôpitaux ;
- un représentant des praticiens contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des internes.

Attributions

La commission :

- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et définit le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- organise le temps médical continu au sein du groupe hospitalo-universitaire et soumet les demandes d'autorisations à la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins ;
- examine :
 - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes ;
 - les règles établissant le repos « post-garde » pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale ;
 - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins ;
 - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur le compte épargne temps (CET) ;

- peut demander en tant que de besoin :
un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par DMU pour le groupe hospitalo-universitaire ;
 - l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et la direction du groupe hospitalo-universitaire ;
 - un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel au sein du groupe hospitalo-universitaire, au vu du tableau général annuel ;établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

Fonctionnement

Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction du groupe hospitalo-universitaire.

Séances

La commission se réunit :

- en session ordinaire, une fois par trimestre ;
- chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

Le président de la commission assiste à la commission médicale d'établissement locale pour exprimer l'avis donné par la commission sur les demandes de création ou les propositions de suppression de gardes et/ou d'astreintes.

L'ordre du jour des séances est fixé par le président de la commission. Les convocations sont adressées par la direction du groupe hospitalo-universitaire.

Un tiers des membres doit être présent pour que la commission puisse valablement siéger. Dans le cas où la commission doit procéder à un vote, il n'y a pas possibilité de procuration. La direction du groupe hospitalo-universitaire établit le compte rendu de la séance avec le président de la commission. Le compte rendu doit être définitivement adopté lors de la séance suivante.

Les Commissions Locales d'Appréciation des Offres

Les commissions locales d'appréciation des offres qui ont remplacé les commissions locales des marchés, sont compétentes pour rendre un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence formalisées avant désignation de l'attributaire par le Représentant du Pouvoir Adjudicateur (RPA) ainsi que sur l'ensemble des marchés issus d'une procédure adaptée. Elles ont pour objet de garantir la transparence des procédures d'achat ainsi que la collégialité, la pluridisciplinarité et l'impartialité des avis rendus au représentant du pouvoir adjudicateur délégué.

Chaque CLAO doit être présidée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant, à l'exception des adjoints en charge de la direction acheteuse.

Sa composition comme son organisation sont à définir librement dans le règlement intérieur des achats propre à chaque groupe hospitalo-universitaire, sous réserve toutefois de respecter l'impératif suivant : la présence systématique, à côté des membres permanents, d'un expert technique du domaine concerné et d'un représentant de la direction fonctionnelle ou du DMU, prescripteur du besoin. Le secrétariat de la commission peut être assuré par la cellule unique de gestion des marchés.

La commission est principalement appelée à rendre un avis consultatif sur les propositions d'admission des candidatures et des offres ainsi que sur les propositions d'attribution, sur la base des documents suivants (liste non exhaustive), lesquels doivent être transmis aux membres suffisamment en amont de la tenue de la commission :

- règlement de la consultation
- avis de publicité
- registre de dépôt des candidatures et des offres
- grilles d'ouverture des candidatures et des offres
- rapports d'analyse technique et financière
- tableaux de classement

Elle est également saisie, pour avis, des projets d'avenants et de décisions de poursuivre entraînant une augmentation du montant du marché d'un pourcentage à définir dans le règlement intérieur des achats. Ce pourcentage est le plus souvent fixé à 5 %. Toutes les opérations menées par la commission et tous les avis émis doivent bien entendu être consignés dans un procès-verbal de façon à en assurer la parfaite traçabilité.

Commission d'appréciation des offres chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT (dite «Commission De Transparence des marchés»)

Champ de compétence

La Commission de Transparence (CDT) d'ACHAT a pour objet de garantir la transparence des procédures d'achat ainsi que la collégialité, la pluridisciplinarité et l'impartialité des avis rendus au représentant du pouvoir adjudicateur.

A ce titre, la CDT est compétente pour rendre un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence formalisées passées par les services de management de marchés (SMM) d'ACHAT avant désignation de l'attributaire par le RPA ainsi que sur l'ensemble des marchés issus d'une procédure adaptée dont le montant est supérieur à 25 000 €HT.

Elle examine les dossiers présentés et se prononce sur :

- Le respect de la concurrence ;
- La transparence des décisions d'attribution ;
- La régularité de la procédure ;
- La qualité des pièces contractuelles ;
- L'efficacité économique de la consultation ;
- La proposition de déclaration sans suite ou d'infructuosité du SMM.

Attributions

Procédures formalisées

Appel d'offres

La CDT prend acte de l'élimination des candidats ;

LA CDT formule un avis motivé sur :

- l'élimination des offres irrégulières, inacceptables ou inappropriées ;
- la proposition de classement élaborée par le SMM et de choix de l'attributaire
- la proposition de déclarer un ou plusieurs lots sans suite ;
- la proposition de déclaration d'infructuosité du SMM.

La procédure d'appel d'offres restreint implique deux passages en CDT :

un passage concernant les propositions d'élimination et de choix au stade des candidatures, un second passage après analyse des offres et proposition de classement par le SMM.

Procédures négociées

La CDT intervient à l'issue de la procédure.

Elle émet un avis motivé sur le classement opéré, ou sur l'offre à l'issue des négociations.

Procédures adaptées

La CDT intervient à l'issue de la procédure. Elle émet un avis motivé sur le choix éventuel des candidats admis à la négociation, sur les résultats de cette négociation et sur classement établi par le SMM à l'issue de la procédure. Elle examine la proposition de déclaration sans suite ou d'infructuosité par le SMM.

Avenants et décisions de poursuivre

La CDT donne un avis motivé sur les avenants ou décisions de poursuivre entraînant une augmentation du montant du marché, sans condition de montant.

Marchés passés par des tiers

La CDT examine pour information, dans le mois qui suit leur début d'exécution, les marchés passés par des tiers auquel le SMM choisit de recourir pour satisfaire les besoins des GHU, hôpitaux et PIC. Elle formule un avis sur :

- la pertinence du recours au marché signé par un tiers ;
- la qualité des pièces contractuelles ;
- l'efficacité économique du choix opéré par le SMM.

Composition

La Commission De Transparence, chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT, est composée de:

- Deux Membres avec voix délibérative qui ne sont pas impliqués dans la consultation examinée, fixés sur une liste annexée au règlement intérieur des CDT, établi par la Direction d'ACHAT. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.
- Un membre du groupe hospitalo-universitaire, en cas de marché spécifique, du Siège ou du service client en cas de marché spécifique, après accord express de la direction d'ACHAT. Il a voix consultative.

Fonctionnement

Le Secrétariat des Commission De Transparence est en charge de l'organisation et de la programmation des CDT, des convocations et de l'ordre du jour, et de son fonctionnement, conformément au intérieur règlement des CDT, établi par la Direction d'ACHAT.

La convocation est réalisée par courriel aux membres à la commission 15 jours avant la tenue de la CDT, en précisant les lieux, dates et objets des consultations à étudier.

En cas de participation d'un membre extérieur, ce dernier est convié formellement à la CDT par le secrétariat de direction.

Documents d'information des CDT :

Le SMM transmet au secrétariat des commissions :

- L'AAPC, le RC, le CCAP, le CCTP ;
- Le rapport de présentation ;
- Les synthèses techniques et financières ;
- Les tableaux de classement et la proposition d'attribution formulée par le directeur adjoint ou son représentant ;
- La grille d'ouverture des plis ;
- Les OUV6 et les OUV7 ;
- Le registre de dépôt des offres.

Le secrétariat des Commissions transmet ces documents aux membres appelés à siéger.

Les CDT se tiennent dans les locaux d'ACHAT à l'hôpital de Bicêtre.

Le rapport de présentation, les synthèses et le tableau de classement réalisés par le SMM indiquent clairement :

- Les candidats rejetés ;

- Les offres jugées inappropriées, irrégulières ou inacceptables ;
- Le classement des autres offres et l'offre classée première et économiquement la plus avantageuse ;
- la proposition motivée de déclarer la consultation ou un de ses lots infructueux ;
- la proposition de déclaration sans suite.

Les principes généraux régissant le contenu de ces synthèses sont la transparence et l'égalité de traitement des candidats, qui se traduisent dans la régularité et l'équité des référentiels de cotation et des décisions de non-conformités.

Les membres de la commission émettent un avis favorable ou défavorable à la proposition du directeur adjoint. La commission motive sa décision. Cette décision est une proposition, qui est adressée au RPA, avec l'ensemble du dossier de consultation, par le SMM.

La CDT peut également renvoyer son avis à une commission ultérieure, et demander tout complément d'instruction nécessaire. Il appartient au président de signaler la situation au RPA.

Règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitalo- universitaires de l'AP-HP

*(Adopté en application des articles R. 2223-67 à R. 2223-72
du Code général des collectivités territoriales)*

Art.1

Le présent règlement intérieur énonce les règles de fonctionnement de la chambre mortuaire du groupe hospitalo-universitaire.....

Il s'impose à l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux familles et proches des personnes décédées ainsi qu'à tous les tiers qui, pour une raison professionnelle ou pour tout autre motif, sont autorisés à pénétrer dans les locaux de la chambre mortuaire.

Art.2

La chambre mortuaire est un équipement du groupe hospitalo-universitaire. Elle est destinée au dépôt des corps des personnes décédées au sein du groupe hospitalo-universitaire *(le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : ainsi qu'au dépôt des corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil)*. Elle doit permettre la présentation des corps aux familles et leur laisser le temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Les personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans le groupe hospitalo-universitaire.

Le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : la mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Dans le cas où le corps du défunt *(le cas échéant pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil)* est réclamé, il est remis sans délai aux personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.

En cas d'absence de réclamation du corps dans le délai de dix jours, le groupe hospitalo-universitaire dispose de deux jours francs :

- pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par ce dernier. En l'absence de ressources suffisantes, la prise en charge des obsèques sera sollicitée auprès de la commune du décès. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente ;
- le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Art.3

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalo-universitaire doivent dans tous les cas être transportés soit dans la chambre mortuaire de l'hôpital (du groupe), soit à titre exceptionnel dans la chambre mortuaire d'un autre groupe hospitalo-universitaire de l'AP-HP. Le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : il en est de même pour les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil. L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée après signature du certificat de décès par un médecin d'un service de soins.

Art.4

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalo-universitaire *(le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : et les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil) doivent être transportés à la chambre mortuaire pourvus d'un bracelet et d'une fiche d'identification. (Dans les groupes hospitalo-universitaires liés par convention à un groupe hospitalo-universitaire ne disposant pas de chambre mortuaire : des corps de patients décédés (le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés : ou d'enfants déclarés sans vie à l'état civil) au sein du groupe hospitalo-universitaire (préciser le nom du groupe hospitalo-universitaire) peuvent être déposés à la chambre mortuaire, pourvus des mêmes documents d'identification. Le transport de ces corps à la chambre mortuaire est subordonné à l'accord exprès du directeur du groupe hospitalo-universitaire.*

Un certificat médical établi par le médecin du service où le défunt était soigné doit être remis au service de l'état civil.

Ce certificat précise si le décès a été causé par une maladie contagieuse ou s'il pose un problème médico-légal. Il indique également si l'état du corps permet un transport de corps sans mise en bière à résidence et s'il est ou non porteur d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile faisant obstacle à une éventuelle incinération.

Les soins de conservation du corps prévus par les articles R. 2213-2-2 du Code général des collectivités territoriales ne peuvent être réalisés dans la chambre mortuaire sans qu'une déclaration écrite préalable ait été effectuée, par tout moyen, auprès du maire de la commune (pour les hôpitaux situés à Paris, auprès du préfet de police) où sont pratiqués les soins de conservation.

Les corps de personnes décédées à l'extérieur du groupe hospitalo-universitaire peuvent être déposés au sein de la chambre mortuaire, à titre exceptionnel et uniquement sur réquisition des autorités administratives ou de police.

Art.5

(Le cas échéant) des autopsies médicales peuvent être réalisées dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par les articles L. 1232-1 à L. 1232-6 du Code de la santé publique. Ces prélèvements sont pratiqués, à la demande écrite et motivée d'un médecin d'une unité de soins, sur le fondement d'un formulaire de demande. Ces prélèvements sont réalisés sous la responsabilité du chef du service d'anatomie pathologique du groupe hospitalo-universitaire

Ce dernier en assure le contrôle ainsi que la bonne exécution par les médecins de son service qui en ont la charge, assistés le cas échéant des agents de la chambre mortuaire qu'il désigne. Aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué dans la salle de préparation des corps de la chambre mortuaire.

(Le cas échéant, pour les groupes hospitalo-universitaires concernés). Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de dix jours et de deux jours francs visés à l'**article 2** du présent règlement sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

Art.6

Des autopsies médicales peuvent être effectuées au sein de la chambre mortuaire sur des personnes décédées en dehors du groupe hospitalo-universitaire.

Ces prélèvements peuvent être effectués à la demande du préfet, ou à la demande d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. Le transport du corps d'une personne décédée vers un établissement de santé, pour réaliser une autopsie médicale, est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire de la commune du lieu de décès ou de dépôt, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. La déclaration est subordonnée à la détention de l'extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal. Les corps admis au sein de la chambre mortuaire dans ces conditions peuvent faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, d'un transport de corps avant mise en bière, soit vers une chambre funéraire, soit vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille. Ce transport de corps est subordonné à l'accord du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après avis du médecin ayant réalisé les prélèvements. Ledit médecin peut s'opposer au transport de corps lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport.

Art.7

Les agents de la chambre mortuaire sont chargés, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalo-universitaire, des activités mortuaires du groupe hospitalo-universitaire et assurent à ce titre l'accueil des familles et la présentation des corps, qui doivent être effectués avec toute l'attention et la dignité requises. Ils sont placés, pour l'ensemble des activités médico-techniques de la chambre mortuaire, sous l'autorité directe (préciser : direction des soins, coordonnateur général des soins, du chef de service d'anatomie pathologique, autres).

Art.8

(article concernant uniquement les groupes hospitalo-universitaires disposant de plusieurs agents de chambre mortuaire)

Un coordonnateur de la chambre mortuaire est désigné par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après avis du chef du service d'anatomie pathologique (*préciser, au cas où le groupe ne dispose pas de service d'anatomie pathologique, le service de rattachement : du groupe hospitalo-universitaire...*), pour être chargé du fonctionnement courant des activités réalisées au sein de la chambre mortuaire.

Cet agent est responsable, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalo-universitaire, des modalités de l'accueil des familles et de la présentation des corps. Il est chargé de l'encadrement des agents de la chambre mortuaire et est placé, pour la réalisation de l'ensemble des activités médico-techniques réalisées dans la chambre mortuaire, sous l'autorité directe du chef de service d'anatomie pathologique ou le cas échéant du médecin délégué par ce dernier pour ces activités.

Art.9

Sous réserve des dispositions des **articles 10 et 11** du présent règlement intérieur, aucune personne ne peut accéder à la chambre mortuaire sans en avoir reçu l'autorisation expresse par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, de son représentant dûment habilité, ou du chef du service d'anatomie pathologique. L'accès de la chambre mortuaire peut être interdit à toute personne dont la présence ne serait pas motivée par des nécessités de service ou prévue par l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, ou dont le comportement pourrait troubler l'ordre, la décence ou la sérénité des lieux.

Art.10

Les familles ont accès à la chambre mortuaire où se trouve leur défunt, dans les conditions suivantes : *(à compléter : jours d'ouverture, horaires, règles à respecter afin de garantir un fonctionnement satisfaisant du service, conditions d'accès en dehors des heures d'ouverture...)*. Avant toute présentation, les agents de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des rites qui doivent entourer la présentation du corps ou la mise en bière. En cas d'obstacle médico-légal, la présentation des corps aux familles ne peut avoir lieu qu'en l'absence d'opposition de l'autorité judiciaire.

Art.11

Lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, les personnels des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités ont accès à la chambre mortuaire, pour le dépôt et le retrait des corps, la pratique des soins de conservation et la toilette mortuaire et le cas échéant la toilette rituelle, lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, dans les conditions suivantes : *(à compléter le cas échéant)*

Ils sont tenus de respecter strictement les prescriptions du Code du travail en matière d'hygiène et de sécurité et de condition de travail, ainsi que les consignes de sécurité relatives aux risques professionnels telles que définies par le groupe hospitalo-universitaire. Les responsables des dites régies, entreprises, associations et de leurs établissements organisent conjointement avec l'agent visé à l'**article 8** ci-contre les modalités de leurs activités au sein de la chambre mortuaire, en tenant compte des nécessités et contraintes du service.

Art.12

La liste des régies, entreprises, associations ou de leurs établissements habilités doit être affichée dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire.

Elle est établie par le représentant de l'État dans le département où est située la chambre mortuaire. Elle est mise à jour chaque année.

La liste doit comprendre le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone des opérateurs funéraires habilités conformément à l'article L 2223-32 du Code général des collectivités territoriales et installés dans la commune (*ou selon le cas : l'arrondissement ou le département* :

- dans la commune où se trouve la chambre mortuaire si cette commune compte plus de 100 000 habitants ;
- dans le cas contraire, la liste comprend les opérateurs funéraires installés dans l'arrondissement si celui-ci compte plus de 100 000 habitants ;
- dans le département si l'arrondissement compte moins de 100 000 habitants.)

La liste des chambres funéraires établie par le préfet de département doit également être affichée dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par l'article R. 2223-32 du Code général des collectivités territoriales.

Art.13

Aucun document de nature commerciale ne doit être visible au sein de la chambre mortuaire, sous réserve des dispositions de l'**article 12**.

Les agents de la chambre mortuaire ne peuvent en aucun cas recevoir, à raison de leurs fonctions, de rémunération ou de gratification de la part des familles, des opérateurs funéraires, des fleuristes, des thanatopracteurs et d'une manière générale de tiers à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Art.14

Le chef du service d'anatomie pathologique s'assure, en liaison avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire, que toutes les précautions d'hygiène et de sécurité sont respectées dans la réalisation des prélèvements. Il prend notamment toutes les mesures nécessaires (selon le cas, obligation d'emploi de gants, éventuellement résistants à la coupure, de lunettes de protections, de matériel jetable...) pour assurer le respect au sein de la chambre mortuaire des précautions visant à minimiser les risques de contamination par des maladies transmissibles.

Art.15

Le présent règlement doit être affiché à la vue du public dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil du public.

Il est déposé, daté et signé, dès son adoption, auprès du représentant de l'État dans le département où est implantée la chambre mortuaire.

Fait à, le.....

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire

Vu, le chef du service d'anatomie pathologique

(Le cas échéant : du groupe hospitalo-universitaire...)

(Le cas échéant, si l'activité médico-technique est assurée dans le cadre d'une antenne d'un service d'anatomie pathologique d'un autre groupe hospitalo-universitaire de l'AP-HP).

Vu, le directeur du groupe hospitalo-universitaire...

Paris le,

*Martin Hirsch
Directeur général*

Commission des contrats publics de l'AP-HP

Missions – Objectifs

Il est créé au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris une commission des contrats publics chargée de donner un avis sur les projets de l'Institution:

- marchés publics,
- conventions de délégation de service public,
- conventions d'occupation du domaine public.

Cet avis porte tant sur la régularité juridique du contrat que sur son efficacité économique. La mise en place de cette commission s'inscrit dans le cadre de la politique de développement et d'amélioration du contrôle interne dans le domaine économique. Elle est un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des marchés passés au sein de l'Institution.

Composition

La commission comprend les membres à voix délibérative suivants:

- un président, membre du Conseil d'État ou de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ou professeur d'université ou de grande école spécialisé dans le domaine des achats publics désigné par le directeur général de l'AP-HP;
- un vice-président, membre du Conseil d'État ou de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ou professeur d'université ou de grande école spécialisé dans le domaine des achats publics désigné par le directeur général de l'AP-HP;
- un représentant du Conseil de Surveillance de l'AP-HP;
- le contrôleur financier près l'AP-HP ou son représentant;
- le directeur spécialisé des finances publiques de l'AP-HP ou son représentant ;
- le contrôleur financier de l'AP-HP ou son représentant
- deux représentants du directeur général de l'AP-HP dont le DEFIP

La durée du mandat des membres de la commission est fixée à trois ans, le mandat est renouvelable. Assistent aux séances de la commission avec voix consultative, le directeur général adjoint de l'AP-HP, le directeur des affaires juridiques et des droits des patients, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Ile-de-France, le directeur de l'inspection et de l'audit, le délégué à la coordination des politiques d'achat ou leur représentant.

La commission peut, en outre, entendre toute personne dont elle juge utile de recueillir l'avis pour l'étude de certains contrats.

Compétences

Marchés publics et accords-cadres

La commission donne un avis sur tout projet de consultation dont le montant cumulé des lots pour la durée totale de la consultation (soit l'engagement maximal du pouvoir adjudicateur délégué) est supérieur à 5 millions d'euros HT, à l'exception des projets de marchés relatifs aux produits de santé négociés sans concurrence dans le cadre de l'article 35-II-8 du code des marchés publics. La saisine de la commission a lieu au stade de l'attribution du ou des marchés, avant transmission au contrôleur financier.

La commission donne également son avis sur :

- les marchés de maîtrise d'œuvre d'un montant supérieur à 200 000 euros HT,
 - les marchés de fournitures, de produits et équipements de santé supérieurs à 200 000 euros HT,
 - les marchés de travaux supérieurs à 2 millions d'euros HT ou issus de consultations supérieures à 2 millions d'euros HT tous lots confondus

La commission peut se saisir, à l'initiative de son président, de toute consultation ayant fait l'objet d'une publication sur le profil d'acheteur de l'AP-HP.

La commission peut examiner à posteriori les conditions d'exécution des marchés soldés, sélectionnés par le président sur une liste trimestrielle communiquée par la délégation à la coordination des politiques d'achat.

Si des lots d'une consultation relevant du seuil de saisine de la Commission sont déclarés infructueux par le Représentant du Pouvoir Adjudicateur (RPA), ils devront être représentés en commission à une séance ultérieure sauf s'ils représentent moins de 20% de l'estimation totale de la consultation présentée à la commission initialement.

Les projets d'avenants aux marchés initialement soumis à l'examen de la commission et ayant pour effet d'augmenter d'un pourcentage cumulé de plus de 5% le montant du marché lui sont transmis pour avis avant transmission au contrôleur financier.

Conventions d'occupation du domaine public

La commission est saisie, avant leur transmission au contrôleur financier, des projets de conventions d'occupation du domaine public portant sur une superficie supérieure à 200m².

Conventions de délégation de service public

Les projets de conventions de délégation de service public sont transmis systématiquement à la commission pour avis avant leur transmission au contrôleur financier.

Fonctionnement

La commission définit les modalités pratiques de son fonctionnement dans le règlement intérieur qu'elle élabore.

Tout projet de contrat soumis à la commission est accompagné d'un rapport de présentation émanant de l'autorité responsable du contrat. Chaque dossier soumis à la commission est transmis à un rapporteur désigné par le président sur une liste de personnes choisies en raison de leur compétence dans le domaine des contrats publics.

La liste des rapporteurs est arrêtée par le président sur proposition du directeur général. Le rapporteur a accès à l'ensemble des documents relatifs au contrat examiné. Il peut interroger toute personne concernée par le contrat.

Le rapporteur présente son rapport à la commission ainsi que son projet d'avis. L'autorité responsable du contrat examiné est présente ou représentée lors de la séance et apporte à la commission toutes les informations complémentaires ou explications souhaitées par celle-ci.

La commission ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres à voix délibérative est présente ou représentée. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

L'avis rendu par la commission porte sur la régularité de la procédure suivie ainsi que sur son efficacité économique. Il peut être assorti de réserves ou de recommandations. Le directeur général de l'AP-HP n'est pas lié par l'avis de la commission. Toutefois, au cas où il entend passer outre un avis défavorable ou un avis avec réserves, il en informe le président de la commission en précisant les motifs de sa décision.

En cas d'urgence dûment motivée, le président peut donner lui-même un avis. Dans ce cas il rend compte de son avis lors de la plus prochaine réunion de la commission. La commission peut émettre des recommandations de portée générale tirées des dossiers dont elle a eu à connaître.

Le secrétariat de la commission est assuré par la délégation à la coordination des politiques d'achat.

Rapport d'activité

Chaque année, avant le 31 mai, la commission établit le rapport de son activité au titre de l'exercice précédent qu'elle adresse au président du Conseil de Surveillance ainsi qu'au directeur général.

Charte informatique de l'AP-HP

Synthèse

La disponibilité, la sécurité, la confidentialité et le bon fonctionnement du système d'information de l'AP-HP revêtent un caractère stratégique pour l'ensemble de ses membres et de ses patients. La continuité de l'activité dépend d'une utilisation raisonnée des ressources informatiques mises à disposition des Utilisateurs.

L'accès aux ressources informatiques de l'AP-HP peut présenter des risques en cas d'utilisation non conforme (ex : atteinte à l'image de l'AP-HP, divulgation d'informations confidentielles, violation de Données personnelles, etc.). La réalisation de ces risques peut engager la responsabilité civile et/ou pénale de l'AP-HP et des Utilisateurs fautifs.

Afin de se prémunir au mieux contre ces risques, l'Utilisateur doit respecter, lorsqu'il accède à ces Ressources ou qu'il les utilise, un certain nombre de règles, notamment :

- Les règles de confidentialité, notamment s'agissant du respect du Secret médical :
 - L'accès au dossier d'un patient n'est autorisé qu'aux professionnels faisant partie de l'équipe de soin ayant pris en charge ledit patient : tout autre accès est illégitime ;
 - L'utilisateur ne doit pas tenter d'accéder à des dossiers pour lesquels il n'est pas habilité, et même s'il est habilité, il ne doit accéder qu'aux seuls dossiers strictement nécessaires à sa mission ;
 - L'utilisation d'une messagerie sécurisée est obligatoire pour tout échange de Données de santé avec d'autres professionnels de santé en dehors de l'AP-HP ;
 - Les données personnelles doivent être chiffrées et stockées dans des espaces sécurisés, leur collecte limitée à ce qui est strictement nécessaire et leur durée de conservation limitée.
- Les règles de sécurité physiques et logiques, visant à préserver la pérennité du SI de l'AP-HP :
 - Les moyens d'authentification sont personnels, confidentiels et non transmissibles ;
 - Les ressources confiées aux Utilisateurs doivent être protégées physiquement et logiquement ;
 - Les ressources doivent être utilisées à des fins professionnelles. L'utilisation à titre personnel est tolérée, mais de manière raisonnable ;

- La configuration initiale du poste de travail doit être conservée car elle a été étudiée afin de garantir le bon fonctionnement et la sécurité du SI ;
- La connexion au SI de Ressources non fournies par l'AP-HP suppose l'accord préalable de la DSN ;
- Il est par principe interdit d'utiliser des réseaux publics wifi non sécurisés ;
- Les données nécessaires à la continuité de l'activité de l'AP-HP doivent être sauvegardées ;
- Toutes les actions des Utilisateurs sur le SI de l'AP-HP sont tracées et pourront être auditées.
- Les règles d'éthique, de courtoisie et de professionnalisme, applicables en toutes circonstances :
 - Le devoir de réserve, la probité, la loyauté et la confidentialité s'appliquent en toutes circonstances ;
 - L'utilisateur doit faire preuve de politesse et de respect à l'égard de ses interlocuteurs ;
 - Il est interdit de nuire à l'image de marque de l'AP-HP, à ses intérêts ou à sa réputation, de quelque manière que ce soit (par son comportement ou ses propos, notamment publiés sur des réseaux sociaux).

Toute violation de la Charte pourra faire l'objet de sanctions disciplinaires, contractuelles et/ou pénales. Des audits ciblés et/ou aléatoires sont menés périodiquement afin de contrôler les accès et usages des ressources, particulièrement s'agissant des accès aux dossiers patients informatisés.

1. Objet

La présente Charte a pour objet :

- De préciser les principaux droits, les devoirs et les responsabilités des utilisateurs dans le cadre de l'accès et de l'utilisation des ressources mises à disposition par l'AP-HP ;
- De faire prendre conscience à chaque utilisateur de l'importance de la sécurité des ressources, de le responsabiliser sur les règles de confidentialité et de secret professionnel et de l'alerter sur les sanctions encourues en cas de non-respect des règles.

La présente Charte s'inscrit dans le cadre de la politique générale de sécurité du système d'information (PGSSI) de l'AP-HP, est validée par la Direction générale après information, consultation et avis des instances compétentes visées à l'article « Entrée en vigueur et procédure ». Elle s'inscrit dans le respect des droits et libertés reconnus aux utilisateurs

du SI de l'AP-HP, notamment la liberté d'expression, les libertés syndicales, et la liberté académique reconnue aux universitaires. La charte s'applique en complément des règles et politiques existantes de l'AP-HP consultables en permanence sur l'Intranet (ex. : Politique de Sécurité Globale, charte sur le télétravail, charte sur l'EDS, charte d'utilisation des téléphones mobiles, etc.).

La présente Charte constitue une annexe du règlement intérieur de l'AP-HP. Toute violation fera l'objet de sanctions disciplinaires, contractuelles et/ou pénales. Des audits ciblés et/ou aléatoires sont menées périodiquement afin de contrôler les accès et usages des ressources, particulièrement s'agissant des accès aux dossiers patients informatisés.

En cas de doute, ou pour toute question, l'utilisateur est invité à s'adresser à son supérieur hiérarchique, et s'agissant des partenaires externes à l'AP-HP, au porteur du projet interne à l'AP-HP.

Le référentiel légal et les définitions des termes en majuscule utilisés dans la présente charte figurent en annexe 1 et 2.

2. Accès aux ressources

Synthèse :

- Les moyens d'authentification sont personnels, confidentiels et non transmissibles ;
- Le fait d'utiliser les moyens d'authentification d'un tiers, même avec son accord, est interdit, l'utilisateur étant seul responsable de leur confidentialité et usage ;
- Les mots de passe doivent respecter les règles édictées par la DSN et être changés régulièrement ;
- L'accès aux informations se fait au regard des nécessités professionnelles pour l'exercice de l'activité de chaque utilisateur ;
- L'accès au dossier d'un patient n'est autorisé qu'aux professionnels de santé faisant partie de l'équipe de soin ayant pris en charge ledit patient. L'accès au dossier de ressources humaines d'un utilisateur n'est autorisé ponctuellement qu'au professionnel habilité pour les besoins de ses missions. Tout autre accès est considéré comme illégitime et pourra faire l'objet d'une convocation de l'utilisateur fautif puis le cas échéant de l'application de sanctions disciplinaires, contractuelles et pénales ;
- Les données personnelles sont soumises à une réglementation contraignante : l'accès et l'utilisation des données personnelles ou encore la création d'un traitement de données personnelles doit se faire dans le respect des principes de finalité, de transparence, de confidentialité, de sécurité, de minimisation, de proportionnalité et de pertinence.

2.1 Moyens d'authentification et mots de passe

L'accès aux ressources est géré par la DSN, seule habilitée à délivrer les moyens d'authentification (identifiant et mot de passe) à chaque utilisateur, selon les procédures d'autorisation en vigueur et au regard de ses missions.

L'accès aux ressources est octroyé au regard des nécessités professionnelles de chaque utilisateur. Lorsqu'un utilisateur estime qu'il ne dispose pas des habilitations adaptées au bon exercice de ses activités professionnelles, il doit s'adresser à son responsable hiérarchique afin de les faire modifier.

Les moyens d'authentification sont personnels, confidentiels et non transmissibles, l'utilisateur étant seul responsable de leur confidentialité et usage. Les utilisations faites à l'aide d'un moyen d'authentification propre à chaque utilisateur sont réputées être le fait du détenteur de ce moyen d'authentification, sauf à ce que sa bonne foi puisse être démontrée.

Il est notamment interdit :

- De communiquer ses identifiants et/ou mots de passe à un tiers et ce afin d'éviter :
 - Le risque d'erreur médicale ou d'accident de soin commis au nom du porteur des identifiants ;
 - Le risque de perte de traçabilité précise des actes de soin effectués.
- D'utiliser les identifiants et/ou les mots de passe d'un tiers et ce afin de prévenir :
 - L'usurpation d'identité (infraction pénale) ;
 - L'introduction frauduleuse dans un système de traitement automatisé de données.

L'accès de l'utilisateur aux ressources pourra être suspendu, supprimé, limité ou réexaminé, pour des raisons de sécurité et le cas échéant sans préavis, notamment :

- Lors de la cessation de son activité professionnelle au sein de son service (changement de service, mutation, etc...) ou en cas de départ, conformément à la procédure applicable dédiée à cet effet ;
- Dans certains cas de cessation temporaire de l'activité professionnelle (maladie, congé de maternité, etc. : dans ces cas, l'utilisateur doit s'organiser pour permettre à l'AP-HP d'accéder aux données professionnelles pour assurer la continuité d'activité) ;
- Dès lors qu'un usage abusif sera révélé (et ce, sans préjudice des actions disciplinaires et/ou pénales pouvant être initiées par l'AP-HP ou toute autre tiers), par exemple :
 - En cas d'utilisation de moyens d'authentification autres que ceux octroyés à l'utilisateur ;

- En cas d'utilisation en contradiction avec les règles professionnelles applicables, notamment s'agissant du secret médical ;
- Plus généralement en cas de manquement à la Charte ou de manquement aux lois et réglementations en vigueur.

Le supérieur hiérarchique s'assure de manière périodique que les droits d'accès accordés aux utilisateurs sous sa responsabilité correspondent précisément à leurs rôles et missions. Il notifie à la DSN dans les meilleurs délais toute habilitation excessive qui dépasserait les besoins de l'utilisateur au regard de ses fonctions.

L'utilisation de comptes non personnels (ex. : les comptes génériques ou les comptes partagés) doit rester exceptionnelle et justifiée. Dans le cas où l'utilisateur y a accès, il est responsable de l'usage qu'il fait de ces derniers, et se doit de respecter les règles de sécurité du présent document, au même titre que pour son compte personnel.

S'agissant du mot de passe, l'utilisateur doit se conformer aux préconisations de la DSN :

- Définir un mot de passe complexe (au moins 8 caractères et comportant majuscules, minuscules, chiffres) ;
- Veiller à le modifier régulièrement afin d'éviter toute usurpation de son identité ;
- Alerter sans délai le RSSI en cas de suspicion de compromission d'un moyen d'authentification.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Inscrire ses mots de passe sur support papier ou électronique à proximité des ressources ou sur celles-ci, ou les stocker en clair dans un fichier ;
- Se connecter au dossier patient avec le compte d'un tiers, même avec son accord ;
- Ne jamais modifier le mot de passe, ou supprimer le mot de passe.

2.2 Accès aux logiciels traitant des données personnelles

Certains utilisateurs disposent d'accès aux applications métiers traitant des données personnelles dont des données de santé (ex. : HR Access, Orbis, DxCare, Entrepôt de données de santé, etc.), afin d'assurer la prise en charge des patients, ou encore dans le cadre de la gestion des ressources humaines.

La consultation frauduleuse ou la divulgation à des tiers de ces données pourrait avoir un impact grave et irrémédiable sur le patient ou sur un autre utilisateur. Les utilisateurs sont donc soumis au secret le plus absolu sur ces données confidentielles protégées par la loi et dont la collecte, l'utilisation, la consultation, le stockage ou encore l'échange sont strictement encadrés par des mesures de confidentialité et de sécurité.

S'agissant précisément de l'accès aux données de santé, sont soumis au secret médical tous les utilisateurs participant à la prise en charge des patients (ex. : professions médicales, paramédicales, personnels administratifs, sociaux, etc.) qui ont accès à des données personnelles de santé dans le cadre de leurs fonctions.

Les conditions suivantes pour accéder aux dossiers patients doivent être impérativement respectées par ces utilisateurs, sous peine de sanctions :

- Seuls peuvent accéder au dossier médical d'un patient les professionnels concourant directement à la prise en charge du patient, c'est-à-dire faisant partie de l'équipe de soin au sens de l'article L. 1110-12 du Code de la santé publique ;
- Ces professionnels ne peuvent accéder qu'aux seules données du patient concerné, dans la mesure où cela est strictement nécessaire à l'exécution de leurs missions.

Accéder au dossier d'un patient en dehors des conditions ci-dessus est constitutif d'une violation du secret médical, d'une atteinte à la vie privée des patients et susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux du patient, contre l'utilisateur fautif et contre l'AP-HP. Les utilisateurs soumis au secret ne doivent pas tenter de contourner les dispositifs de sécurité ni accéder, ou tenter d'accéder, à des dossiers pour lesquels (i) ils ne sont pas habilités et (ii) même s'ils sont habilités, ils ne doivent accéder qu'aux seuls dossiers strictement nécessaires à l'exécution de leur mission. En d'autres termes, l'utilisateur doit limiter l'usage des accès dont il bénéficie exclusivement aux tâches professionnelles qui lui sont confiées et qui en nécessitent l'utilisation.

Si un mauvais comportement est observé, des investigations seront menées et les protagonistes entendus puis sanctionnés en cas d'accès illégitime avéré.

L'utilisateur doit alerter son supérieur :

- S'il estime ne pas disposer des habilitations adaptées au bon exercice de ses activités professionnelles (qu'elles soient trop larges ou pas assez) ;
- S'il constate qu'une personne ne dispose pas des habilitations adaptées au bon exercice de ses activités professionnelles.

Le supérieur hiérarchique s'assure que les accès octroyés à ses équipes sont adaptés à l'exercice de leurs missions. Le supérieur s'assure également que les droits d'accès accordés aux utilisateurs sous sa responsabilité quittant leur service sont bien révoqués ou désactivés. Enfin, en présence d'un traitement de données personnelles (ex. : l'utilisation de données personnelles pour un projet de recherche, utilisation d'un nouvel outil IT impliquant des données personnelles), l'utilisateur (en tant que chef de projet) doit préalablement s'assurer qu'une revue de conformité RGPD a été effectuée auprès d'un référent DPO ou de l'équipe DPO (notamment : réalisation d'une analyse d'impact sur la protection des

données, information des patients, signature d'un contrat RGPD conforme dès qu'il y a un transfert de données à un tiers, inscription au registre des traitements, formalité CNIL réalisée le cas échéant).

Tout traitement de données personnelles devra être effectué dans le respect des grands principes définis par le RGPD, rappelés dans la procédure interne dédiée à cet effet (limitation des finalités, minimisation des données, confidentialité et sécurité, respect des droits des personnes).

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Consulter tout ou partie du contenu du dossier médical d'un proche, d'une personnalité publique, d'un collègue, et d'une manière générale d'un patient en dehors de toute prise en charge de ce tiers. La consultation de son propre dossier n'est pas non plus autorisée (sauf si la personne concernée est son propre médecin traitant) ;
- Consulter la paye d'un collègue ou son dossier disciplinaire en dehors d'une mission précise ;
- Révéler à des tiers non autorisés des informations couvertes par le secret ;
- Créer un dossier patient fictif ou utiliser le mode bris de glace de manière abusive ;
- Prendre des photos du dossier médical d'un patient ;
- Diffuser l'image (photo / vidéo) d'un agent sans son autorisation explicite et préalable (l'image est une donnée personnelle) ;
- Collecter et utiliser des données de santé dans le cadre d'une recherche en dehors de tout cadre juridique ;
- Conserver dans son ordinateur des bases de données personnelles sans encadrement sécurisé, ou mettre en production un projet impliquant un traitement de données personnelles sans avoir consulté en amont la DPO.

2.3 Accès privilégiés des utilisateurs de la DSN

Certains utilisateurs de la DSN disposent d'accès privilégiés à tout ou partie du SI et des applications métiers (y compris à celles traitant des données personnelles), leur permettant de gérer et de contrôler leur bon fonctionnement et leur sécurité (ex. : maintenance et support aux utilisateurs).

Par leurs fonctions mêmes, ces utilisateurs peuvent avoir connaissance d'informations confidentielles protégées par la loi. En ce sens, les règles de confidentialité renforcées visées au précédent article s'appliquent à ces utilisateurs, également soumis au secret professionnel.

Seuls les utilisateurs habilités de la DSN sont autorisés à prendre la main à distance sur les ressources des utilisateurs, afin de résoudre les problèmes signalés. Durant les heures ouvrées, la prise de main devra être réalisée avec l'accord préalable de l'utilisateur. Par exception, en cas de situation grave, et notamment en cas d'attaque virale, la prise de main à distance pourra être réalisée sur toutes les ressources jugées suspectes sans requérir un accord préalable.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Utiliser ses droits d'accès privilégiés de manière abusive en dehors de tout cadre ou toute mission précise ;
- Faire preuve d'indiscrétion et révéler à des tiers des informations confidentielles ;
- Prendre connaissance des mots de passe ou des messages privés des utilisateurs.

3. Usage des ressources

Synthèse :

- Les ressources sont mises à disposition des utilisateurs à des fins professionnelles ;
- La configuration initiale des ressources ne doit pas être modifiée et ce pour des raisons de sécurité ;
- La connexion au SI de ressources non fournies par l'AP-HP suppose l'accord préalable de la DSN ;
- Les informations professionnelles nécessaires à la continuité des activités doivent être sauvegardées sur les répertoires réseaux mis à disposition ;
- Les sessions des ordinateurs doivent être verrouillées dès que l'utilisateur quitte son poste de travail ;
- La publication depuis le système d'information de l'AP-HP doit se faire dans le respect de la loi et des codes de déontologie professionnelle ;
- Les obligations inhérentes au devoir de réserve, à la probité, à l'obligation de loyauté et au respect du secret professionnel s'appliquent en toutes circonstances.

3.1 Usage professionnel et raisonné des ressources

Les ressources ont une finalité professionnelle et appartiennent à l'AP-HP. L'utilisation à titre personnel de certaines ressources (précisément : téléphones fixes et portables, messagerie électronique, accès Internet) est tolérée de manière exceptionnelle et raisonnable.

L'utilisateur doit veiller à clairement identifier la nature personnelle d'un message, d'un fichier ou d'une donnée en indiquant « Privé » ou « Personnel » dans le titre de celui-ci ou en le stockant dans un répertoire portant cette même mention. L'utilisateur fait seul son affaire personnelle et ce en temps utile de la sauvegarde et/ou de la destruction de

ces messages et fichiers identifiés comme « personnels », notamment en cas de départ de ce dernier (ces documents identifiés comme « personnels » seront supprimés après le départ de l'agent).

Toutes les données, tous les messages électroniques, tous les SMS émis, reçus ou stockés sur le système d'information de l'AP-HP ou sur un matériel fourni par l'AP-HP et non identifiés spécifiquement comme étant « personnels » seront, par défaut, considérés comme étant professionnels et pourront être utilisés et consultés par l'AP-HP pour assurer la continuité de l'activité.

Dans tous les cas, l'utilisation des ressources :

- Doit être conforme aux lois et aux bonnes mœurs, respecter les dispositions de la présente Charte et les règles liées au secret médical ;
- Doit être compatible avec la continuité de l'activité (ex. : sauvegarde systématique des informations sur les supports de stockage et répertoires réseau dédiés)
- Ne doit pas perturber ou porter préjudice à la sécurité du SI (ex. : risque d'encombrement ou d'engorgement du réseau) ;
- Ne doit pas nuire aux tâches professionnelles incombant à l'utilisateur ou à l'image de l'AP-HP ;
- Ne doit pas porter atteinte aux règles de propriété intellectuelle qui interdisent notamment de télécharger, reproduire et/ou de diffuser des œuvres de l'esprit sans autorisation préalable de son propriétaire.

L'utilisateur a une obligation générale et permanente de confidentialité et de discrétion attachée à l'utilisation des informations, données et documents électroniques disponibles sur le système d'information de l'AP-HP, et ce, pour la sauvegarde du patrimoine et des intérêts de celui-ci mais également des personnes concernées par ces informations, données ou documents (patients, personnels, partenaires, etc.).

L'usage de la carte professionnelle CPS ou CPE est privilégié pour l'accès au SI.

L'utilisateur s'engage à utiliser exclusivement à des fins professionnelles le dispositif d'accès à distance des ressources mis à disposition par l'AP-HP et à en respecter les règles d'utilisation. Il veillera notamment à ce qu'aucune autre personne ne voit ou n'accède aux données de l'AP-HP. Il veillera au respect de la confidentialité des données.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Transformer des messages professionnels en « personnels » ;
- Introduire, exploiter ou tenter d'exploiter une faille de sécurité et/ou en faire la publicité ;
- Copier tout ou partie des codes sources d'un logiciel en dehors des droits autorisés par les licences correspondantes ;

- Tenir ou publier des propos dénigrants, diffamants, injurieux, homophobes ou sexistes (par téléphone, sur internet/intranet, par mail ou par tout autre moyen) ;
- Supprimer, altérer ou ne pas sauvegarder des informations nécessaires à la continuité de l'activité ;
- Subtiliser des documents professionnels.

3.2 Utilisation du poste de travail

La configuration initiale du poste de travail doit être respectée car elle a été étudiée afin de garantir le bon fonctionnement et la sécurité du système d'Information. Elle ne doit jamais être modifiée sans l'accord préalable et écrit de la DSN. Les postes fixes ne doivent pas être déménagés d'un local à un autre sans autorisation.

Chaque utilisateur doit :

- Utiliser les moyens de protection fournis par l'AP-HP tels que les câbles antivols et les armoires à clé, afin d'éviter les vols ou la dégradation des équipements ;
- Systématiquement verrouiller sa session s'il est amené à laisser la station de travail sans surveillance, et d'autant plus lorsque le poste est partagé entre plusieurs utilisateurs.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Contourner ou désactiver les outils de sécurité, ou modifier leur paramétrage ;
- Télécharger ou utiliser des logiciels métiers non autorisés par la DSN ;
- Laisser son ordinateur sans surveillance et/ou sans verrouillage par mot de passe.

3.3 Utilisation de la messagerie professionnelle

La messagerie est professionnelle et appartient à l'AP-HP. L'utilisateur est responsable du contenu et de la forme de tout message qu'il émet avec son adresse de messagerie AP-HP :

- Tout message envoyé depuis l'adresse professionnelle AP-HP associe l'AP-HP à son contenu. L'utilisateur doit donc veiller à ce que celui-ci ne porte pas atteinte à l'image ou à la réputation de l'AP-HP ;
- L'utilisateur doit faire preuve de politesse et de la plus grande courtoisie à l'égard de ses interlocuteurs lors des échanges ;
- L'utilisateur doit faire preuve de vigilance vis-à-vis de l'identité des auteurs des messages reçus, notamment de correspondants extérieurs. En effet, la falsification de l'identité de l'auteur d'un message est facilement réalisable sur internet (il est également interdit à l'utilisateur de se faire passer pour une autre personne) ;

- L'utilisateur veille à ne pas ouvrir les messages et les pièces jointes qui semblent avoir une origine inconnue ou douteuse ; il est recommandé de consulter le supérieur hiérarchique en cas de doute ;
- L'utilisateur s'assure que le contenu de ses correspondances est conforme à la loi et aux bonnes mœurs.
- Chaque utilisateur est responsable de la confidentialité attachée aux messages. L'utilisation d'une messagerie sécurisée certifiée (ex. : MS Santé) est obligatoire pour tout échange de données personnelles relatives à la santé avec d'autres professionnels de santé en dehors de l'AP-HP ; pour les échanges de données personnelles de santé avec un patient, le professionnel de santé doit obtenir son consentement préalable et éclairé ;
- Les échanges de fichiers contenant des données personnelles peuvent également être réalisés via des outils sécurisés validés par la DSN (ex. : Dispose), à condition d'être chiffrées au préalable et supprimées immédiatement une fois l'échange réalisé (voir CGU dédiées).

En cas de réception à tort d'un message destiné à une autre personne, l'utilisateur doit le renvoyer à son expéditeur en indiquant l'erreur d'adressage et doit le supprimer définitivement de sa messagerie.

S'agissant spécifiquement de l'utilisation de la messagerie à des fins syndicales, elle est autorisée à condition de respecter la législation en vigueur (notamment en matière de protection des données personnelles), les accords collectifs applicables à l'AP-HP et de respecter les principes posés dans la présente Charte ou tout autre accord en lien avec l'utilisation du SI par les organisations syndicales. L'utilisation de la messagerie électronique à des fins syndicales doit être compatible avec les exigences de bon fonctionnement du système d'information et ne pas entraver l'accomplissement du travail confié à l'utilisateur.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Constituer et utiliser des listes de diffusion à des fins inappropriées ;
- Utilisation malveillante de la mention « Privé » ou « Personnel » sur des messages pourtant professionnels ;
- Utilisation abusive de la messagerie syndicale ;
- Activer le reroutage automatique et permanent de ses messages vers une adresse tierce à l'AP-HP non sécurisée, sans justification précise et alors qu'un moyen alternatif sécurisé existe ;
- Utiliser une messagerie non sécurisée (de type Gmail ou Whats App) pour échanger des données de santé ;

- Mettre à disposition d'autrui des informations sensibles sans y être préalablement autorisé ;
- Détourner ou utiliser des informations afin d'émettre de fausses déclarations, falsifier les données, supprimer ou modifier des données au préjudice de l'AP-HP ;
- Intercepter des documents classifiés confidentiels, par un quelconque stratagème frauduleux ;
- Envoyer des messages en masse sans lien avec l'activité professionnelle.

3.4 Utilisation d'Internet et de l'intranet

Internet :

Seuls ont vocation à être consultés les sites Internet présentant un lien direct et nécessaire avec l'activité professionnelle de l'utilisateur. L'accès à des sites Internet initialement bloqués par l'AP-HP est interdit sauf cas dérogatoire. Depuis les locaux de l'AP-HP, l'accès à Internet avec les équipements de l'AP-HP est autorisé à travers les infrastructures configurées et fournies par l'AP-HP. Il est par conséquent interdit, avec un équipement fourni par l'AP-HP, d'utiliser des réseaux wifi externes dans les locaux de l'AP-HP pour accéder à Internet.

A titre exceptionnel et dans la limite d'une utilisation raisonnable, l'utilisation d'un réseau wifi n'appartenant pas au réseau AP-HP, fourni pour certains services (ex. : SAMU), est tolérée lors des temps de pause, exclusivement avec des équipements personnels (ordinateur portable, tablette, etc.). Il est interdit de connecter des équipements du SI de l'AP-HP à ces réseaux qui ne sont, par définition, pas sécurisés. Il est également interdit d'installer ou d'utiliser une borne privée wifi sans autorisation préalable.

L'AP-HP peut bloquer l'accès à tout site Internet non indispensable aux activités professionnelles ou présentant un risque d'incident de sécurité. Par ailleurs, les sites dont le contenu peut être contraire à l'ordre public ou aux bonnes mœurs (ex. : site contenant des éléments pornographiques, indécents, incitants à la haine ou relatifs au piratage informatique) sont interdits à la consultation et en principe bloqués par les règles de filtrage. La publication de contenu professionnel et/ou personnel, depuis le système d'information de l'AP-HP, notamment sur des blogs, forums, réseaux sociaux, ou sites professionnels ou pas, non partenaires ou non administrés par l'AP-HP, engage la responsabilité de l'utilisateur et l'image de l'AP-HP. Cette publication doit donc se faire dans le respect de principes énumérés dans la présente charte, sans porter atteinte à l'image de marque et/ou à la réputation de l'AP-HP et dans le respect des codes de déontologie professionnelle pour les professions qui en disposent.

Chaque utilisateur doit se conformer aux restrictions d'utilisation (respect des droits de propriété intellectuelle) des logiciels fournis par l'AP-HP. Les utilisateurs doivent être

vigilants quant à l'utilisation de logiciel de visioconférence non-sécurisés et s'adresser à leur supérieur hiérarchique avant de télécharger ces outils tiers. Enfin et de manière générale aucun outils tiers ne doit être installé ou connecté sur le SI de l'AP-HP sans autorisation préalable de la DSN et traitement des aspects liés à la protection des données personnelles.

Intranet :

L'intranet est mis à la disposition de certains utilisateurs à des fins exclusivement professionnelles. L'intranet doit être utilisé de manière rationnelle, loyale et responsable. L'intranet est destiné à promouvoir la communication, à faciliter l'interaction sociale entre les utilisateurs et à améliorer l'efficacité et la qualité du travail de chacun. En fonction du poste occupé, de la fonction, du statut, ou encore du rang hiérarchique, un utilisateur peut être habilité à accéder à certaines Informations, applications, fonctionnalités ou contenus spécifiques. Tout utilisateur est responsable de son propre usage de l'intranet et reste seul responsable des informations qu'il y publie ou échange.

Enfin, l'utilisateur veillera à respecter les droits de propriété intellectuelle des auteurs des publications effectuées sur l'intranet.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Utiliser des réseaux wifi publics non sécurisés alors que le partage de connexion avec le téléphone professionnel est possible ;
- Utiliser Internet à des fins commerciales ou ludiques ou contraires aux bonnes mœurs (ex. : Alimenter un blog, télécharger des films) ;
- Porter atteinte à la vie privée des personnes en publiant des informations ciblées relatif à la santé, à la vie sexuelle ou encore aux opinions religieuses d'un tiers ;
- Nuire à l'image de marque de l'AP-HP, à ses intérêts ou à sa réputation, de quelque manière que ce soit ;
- Ne pas respecter les droits de propriété intellectuelle des tiers lors de la publication d'information sur l'intranet / l'internet.

3.5 Utilisation du téléphone

Les téléphones portables et les smartphones permettant de stocker et/ou d'accéder aux informations parfois confidentielles de l'AP-HP, doivent être protégés. L'utilisateur doit définir un code PIN et un code de déverrouillage en prenant soin de choisir un code suffisamment complexe (en évitant les codes du type « 0000 » ou « 1234 »).

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Ne pas mettre de code de sécurité sur son portable, ou choisir un code facilement identifiable ;
- Appeler des numéros surtaxés ou appeler l'étranger quand ce n'est pas strictement nécessaire à l'activité professionnelle ;
- Utiliser son téléphone professionnel à des fins personnelles de manière excessive.

3.6 Utilisation des espaces de stockage

Les informations professionnelles nécessaires à la continuité des activités doivent être sauvegardées sur les espaces de stockage et répertoires réseaux mis à disposition des utilisateurs. Il est interdit de supprimer ces informations.

- L'utilisateur est responsable des informations qu'il stocke sur les ressources ;
- Les documents et les messages professionnels doivent être systématiquement archivés, notamment ceux qui formalisent les différentes étapes d'une tâche, d'une décision, d'une procédure, dans le cadre des missions liées à l'activité de l'AP-HP. Les utilisateurs doivent procéder à des sauvegardes régulières des informations professionnelles, stockées localement sur leur ordinateur, sur les répertoires réseaux et ce, afin d'éviter tout risque de perte d'informations (ex. : en cas de défaillance de l'ordinateur) ;
- Pour les informations sensibles ou confidentielles, l'utilisateur veillera à les chiffrer et à les stocker dans des répertoires avec des droits réservés aux seules personnes légitimes à y accéder (tels que les répertoires partagés entre les membres d'un service par exemple). En cas de doute, il pourra consulter les conditions générales d'utilisation de l'outil de stockage (Dispose) ou se renseigner auprès du support SI ;
- L'utilisateur doit veiller à supprimer en temps utile les éventuels fichiers de données personnelles conservés sur les espaces de stockage, dès lors que leur conservation n'est plus strictement nécessaire à ses missions.

Toute personne, ou service, souhaitant un conseil sur le formalisme et les modalités d'archivage, numérique ou papier, doit se rapprocher du service des archives de l'AP-HP.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Conserver de manière illimitée des fichiers de données personnelles ;
- Ne pas sauvegarder systématiquement ou supprimer les informations professionnelles nécessaires à la continuité de l'activité ;
- Stocker des contenus, données, informations contraires à la loi ou aux bonnes mœurs ;

- Conserver des données personnelles dans des espaces de stockage tiers et non sécurisés (ex : Onedrive, Dropbox ou autre).

3.7 Utilisation des supports amovibles et imprimantes

Chaque utilisateur doit porter une attention particulière à la protection des supports amovibles contenant des informations couvertes par le secret professionnel.

Les supports amovibles personnels ou tiers, (ex. : clés USB, téléphones portables, les disques externes) sont susceptibles d'héberger des programmes informatiques pouvant porter atteinte à l'intégrité du système d'information (ex. : virus, des vers, ou des chevaux de Troie) et par conséquent, menacer sa sécurité, et ce, parfois, à l'insu de l'utilisateur.

Des supports amovibles appartenant à l'AP-HP et sécurisés peuvent être ainsi délivrés aux utilisateurs qui en ont besoin. Les supports amovibles utilisés, au regard de la sensibilité des données stockées, assurent automatiquement la protection de leur contenu par chiffrement. Dans le cas contraire, l'utilisateur est chargé de chiffrer et déchiffrer les informations en utilisant les logiciels mis à disposition par l'AP-HP.

En cas de doute sur la fiabilité d'un support amovible, l'utilisateur doit se rapprocher du support DSN de son groupe hospitalier ou de son site, qui pourra lui indiquer comment procéder à son analyse.

Les imprimantes sont souvent partagées, de ce fait, tout document confidentiel (ex. : contenant des données à personnelles relatives aux patients ou aux agents, documents contenant des informations financières ou sensibles) doit être récupéré rapidement.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Laisser des documents confidentiels ou contenant des données sensibles aux imprimantes ;
- Stocker des données sensibles (des patients ou agents de l'AP-HP) en clair sur une clé USB non sécurisée ;
- Ne pas sauvegarder les informations stockées uniquement sur une clé USB.

3.8 Utilisation de ressources personnelles

Les règles applicables dans la présente Charte s'appliquent également aux ressources non fournies par l'AP-HP et interagissant avec le SI de l'AP-HP (équipement personnel ou fourni par des tiers). Chaque utilisateur doit veiller à ne pas connecter des ressources personnelles dont l'origine est suspecte.

Pour des raisons de sécurité, la connexion au système d'information de l'AP-HP, sur site ou à distance, de tout équipement ou matériel personnel non sécurisé (notamment ordinateurs, téléphones, tablettes, clé USB) est interdite sans autorisation de la DSN et/

ou paramétrage préalable par la DSN (ex. : installation de Citrix). Il est précisé que l'accès à distance avec un ordinateur personnel via le réseau wifi sécurisé de l'AP-HP ou via un lien sécurisé (ex. : VPN fourni par la DSN) permettant d'accéder aux applications est autorisé. Il est demandé à chaque utilisateur de privilégier l'usage de matériels sécurisés fournis par l'AP-HP, et de ne les connecter qu'à des postes de travail sécurisés (pourvus d'un antivirus). L'utilisateur d'un équipement personnel mobile doit prendre des précautions supplémentaires pour éviter le vol de cet équipement et la perte des données qui y sont stockées. Les données professionnelles stockées sur un équipement personnel mobile doivent être régulièrement sauvegardées sur le réseau de l'AP-HP. Il est interdit de stocker des fichiers de données personnelles sur des équipements personnels. En cas de doute, l'utilisateur s'adressera à son supérieur hiérarchique afin de mettre en œuvre les mesures de protection pour préserver la sécurité et la confidentialité des informations stockées.

Exemples de comportements abusifs et/ou sanctionnables :

- Utiliser des clés USB non fiables ou dont la provenance est incertaine ou douteuse (ex. : Goodies) ;
- Laisser un équipement personnel sans surveillance ;
- Ne pas installer ou désactiver les outils de sécurité sur son équipement personnel.

4. Traçabilité, contrôle et audits

Synthèse :

- Toutes les actions des utilisateurs sur le SI de l'AP-HP sont tracées ;
- Des audits ciblés et aléatoires sont menés périodiquement afin de contrôler les accès et usages des ressources, particulièrement s'agissant des accès aux dossiers patients informatisés ;
- En cas d'accès illégitime avéré et après convocation de l'utilisateur fautif, des sanctions sont appliquées.

4.1 Traçabilité et contrôle

Des mesures de contrôle et de suivi sont mises en œuvre dans le strict respect des principes de transparence et de proportionnalité des moyens de collecte, ceci uniquement à des fins de sécurité, de protection et de vérification du bon accès et usage des ressources dans le respect des règles édictées par la présente Charte et pour assurer la continuité de l'activité. Les services compétents de l'AP-HP tracent quotidiennement les actions des utilisateurs afin :

- De contrôler le respect du secret professionnel à travers les contrôles de traces portant sur les outils métiers, particulièrement s'agissant de l'accès aux dossiers médicaux informatisés ;
- De garantir le bon fonctionnement des ressources, la continuité d'activité, le volume d'utilisation, de détecter des anomalies de faire évoluer les ressources en fonction des besoins ;
- De vérifier que les règles en matière de sécurité sont correctement appliquées et conformes à la politique de sécurité ;
- De détecter toute défaillance ou anomalie de sécurité, volontaire ou accidentelle, passive ou active, d'origine matérielle ou humaine ;
- De contrôler plus généralement le respect des règles d'utilisation et de sécurité du système d'information ;
- De pouvoir identifier et, le cas échéant, sanctionner des usages contraires à la présente Charte, aux législations et réglementations applicables ;
- De pouvoir fournir des preuves nécessaires pour mener les enquêtes en cas de contentieux visant un utilisateur ou un tiers, ou plus généralement de répondre aux requêtes des autorités publiques habilitées (services de police, autorités judiciaires...).

Précisément, l'AP-HP surveille, analyse et audit de façon périodique les dispositifs professionnels dont :

- L'utilisation d'ORBIS (en ce compris l'utilisation du mode bris de glace) ou autres dossiers patients informatisés, mais également HR Access ;
- L'utilisation d'Internet ;
- L'utilisation de la messagerie électronique ;
- L'utilisation des téléphones et télécopieurs ;
- L'accès aux postes de travail et aux applications ainsi que les actions effectuées ;
- Les accès aux répertoires partagés ou aux bases collaboratives.

Cette surveillance consiste en une analyse des traces laissées par l'utilisateur à l'occasion de l'utilisation des ressources. Les données collectées sont entre autres :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée ;
- Les informations consultées, ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'AP-HP ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Les traces de connexion au système d'information sont par principe conservées pendant 1 an (sauf obligations légales ou réglementaires particulières de conserver ces données sur une durée plus longue). Les traces des accès et actions réalisées sur les données nominatives de santé sont conservées conformément à l'article R. 1112-7 du Code de la santé publique. Les utilisateurs sont précisément informés sur l'intranet de l'AP-HP des conditions de traitement des données personnelles pour cette finalité et des moyens d'exercer leurs droits.

4.2 Accès par l'AP-HP aux ressources de l'utilisateur

Pour assurer la continuité de son activité, en cas de risque particulier susceptible de porter préjudice à l'AP-HP, à l'un de ses agents ou à un tiers (ex. : risque de sécurité, d'atteinte à la confidentialité ou de non-conformité réglementaire) ou dans le cas d'une enquête judiciaire, l'AP-HP pourra accéder et consulter :

- Les traces nominatives et actions d'un utilisateur aux applications ;
- L'ensemble des données, messages et fichiers professionnels stockés dans les ressources confiées à l'utilisateur. Dans ce cas où les données, messages et fichiers sont expressément marqués par l'utilisateur comme étant « personnels », l'AP-HP pourra y accéder en présence du propriétaire ou celui-ci dûment prévenu.

Les modalités d'accès aux informations médicales garantiront le respect du secret médical. Elles ne pourront avoir lieu qu'en présence du professionnel de santé dépositaire de l'information après avoir été préalablement informé, et à défaut de la présence du professionnel de santé, celle d'un représentant de la Commission médicale d'établissement locale ou centrale.

Les modalités d'accès par l'AP-HP aux informations relatives aux activités universitaires garantiront le respect du secret professionnel. Elles ne pourront avoir lieu qu'en présence du professionnel dépositaire de l'information relative aux activités universitaires après avoir été préalablement informé, à défaut de la présence du professionnel, celle d'un représentant nommé par le doyen de l'université auquel le professionnel est rattaché.

L'accès par l'AP-HP aux informations liées aux activités syndicales ou à des activités de représentation (CME, CHSCT, CTE, ...) ne pourra avoir lieu qu'avec l'accord explicite et écrit de l'utilisateur concerné qui pourrait se faire assister par un représentant syndical de son choix ou un représentant de son choix, membre de l'instance à laquelle il appartient. Il est précisé que l'accord / la présence des utilisateurs n'est pas requise en cas d'urgence (ex. : risque de sécurité du SI ou de manquement réglementaire, enquête judiciaire) ni pour les audits des traces nominatives d'un utilisateur aux applications traitant des données personnelles.

4.3 Audits réalisés afin de prévenir et sanctionner les accès illégitimes (violation du secret)

Dans l'objectif de prévenir et sanctionner les accès illégitimes aux dossiers traitant des données personnelles, l'utilisateur est informé que des audits sont menés par la DSN, visant à étudier les traces d'accès aux dossiers traitant des données personnelles.

Deux types d'audits peuvent être entrepris :

- Des audits ciblés sur un ou plusieurs utilisateurs, en cas de signalement remonté à la DPO à l'adresse protection.donnees.dsi@aphp.fr, par un tiers ou par la personne concernée (demande de droit d'accès suite à une suspicion d'accès illégitime au dossier médical) ;
- Des audits aléatoires sur un ou plusieurs utilisateurs choisis au hasard, sur une journée donnée.

La procédure d'audit est en synthèse la suivante :

- Recherches des traces d'accès aux données personnelles de santé par les utilisateurs habilités de la DSN ;
- Présentation des analyses pseudonymisées en commission dédiée à cet effet (la 3CADP, en charge de donner un avis sur la préqualification de la licéité ou pas des accès) ;
- Édition du rapport de contrôle, co-signé par la DPO et le DIM central ;
- Convocation des agents incriminés par la hiérarchie (ex. : DRH/DAM, selon la fonction de l'utilisateur) pour confirmer ou infirmer le caractère illégitime des accès ;
- Sanctions en cas d'accès illégitime avéré.

4.4 Remontée des incidents

Toute anomalie suspectée ou avérée concernant le SI de l'AP-HP (ex. : les vols ou pertes de matériel, les vols ou pertes d'informations, ou les dysfonctionnements du poste de travail, un incident sur une application), ou toute violation des règles décrites dans le présent document, doivent être signalées :

- Au support SI ou ;
- Au responsable hiérarchique ou ;
- Sur la plateforme dédiée à cet effet (Osiris).

En outre, en cas d'accès accidentel à un mail, une pièce jointe ou un site Internet illicite ou potentiellement dangereux (site corrompu ou susceptible d'être vecteur d'une infection virale), l'utilisateur doit immédiatement se déconnecter et informer le support SI.

Une fois déclarés, les incidents sont traités par les services compétents en fonction de leur nature.

5. Sanctions

En cas de non-respect de la présente Charte, l'AP-HP se réserve le droit de prendre des sanctions disciplinaires, dans le respect des procédures applicables, et ceci sans préjuger des éventuelles poursuites judiciaires, pénales et ordinaires qui pourraient être initiées à l'encontre des utilisateurs concernés.

A titre d'exemples :

- Au titre des sanctions disciplinaires, l'utilisateur fautif encourt notamment :
 - Un avertissement ;
 - Un blâme ;
 - Une radiation du tableau d'avancement ou une rétrogradation au grade inférieur ;
 - Une exclusion temporaire ou définitive ;
 - Un licenciement ou révocation.
- Au titre des sanctions pénales :
 - L'utilisateur soumis au secret peut être condamné à un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende en cas de révélation d'une information à caractère secret ;
 - L'utilisateur qui accède et/ou se maintient frauduleusement dans un SI peut être condamné à 3 ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende. Lorsqu'il en est résulté soit la suppression ou la modification de données contenues dans le système, soit une altération du fonctionnement de ce dernier, la peine est de 5 ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende.
- Au titre des sanctions ordinaires, le Conseil de l'Ordre sera saisi et l'utilisateur fautif pourra être sanctionné par ses pairs, encourageant ainsi une interdiction temporaire ou définitive d'exercer (radiation).

Les sanctions seront appliquées proportionnellement à la gravité de la faute commise ainsi qu'au préjudice subi.

Nonobstant les sanctions visées ci-dessus, l'AP-HP pourra également procéder à la restriction ou à la suspension immédiate des droits d'accès de l'utilisateur à tout ou partie des ressources informatiques. L'utilisateur est alors informé par écrit des constats motivant l'intervention et pourra faire valoir sa position.

L'AP-HP pourra également décider une suspension immédiate des droits d'accès à titre conservatoire.

Concernant les utilisateurs liés par un contrat de prestation ou une convention avec l'AP-HP, tels que les intérimaires, les partenaires ou les fournisseurs, toute violation des règles de la Charte pourra engendrer la rupture dudit contrat sans préjudice de tout dommages et intérêts que l'AP-HP pourrait être fondée à réclamer.

6. Entrée en vigueur et procédure

La présente Charte entre en vigueur à compter de sa date de publication sur l'intranet de l'AP-HP. Une communication spécifique est réalisée à cet effet.

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur général de l'AP-HP a arrêté la présente Charte après :

- Soumission pour avis de la Commission médicale d'établissement, lors des séances en date 11 janvier et 18 février 2022
- Information de la Commission centrale et des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en date du 15 juin 2023
- Information des doyens des UFR de médecine de la Région Ile de France en date du 5 juin 2023
- Consultation des instances représentatives centrales de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris compétentes lors de la séance du CSE central du 17 mars 2023
- Soumission pour avis au conseil de surveillance lors de la séance en date du 16 juin 2023
- Soumission pour avis au Directoire lors de la séance en date du 22 mai 2023

La Charte sera modifiée en fonction du contexte législatif et réglementaire. Toute modification sera notifiée aux utilisateurs par le biais du mailing, de la publication intranet et par voie d'affichage et, selon la nature des modifications, par une information (modification non substantielle) ou par un avis (modification substantielle) des instances représentatives centrales.

Pour toute question relative au document, la Direction des systèmes d'information, la Direction des affaires juridiques et des droits des patients, la DPO, le Responsable sécurité du système d'information de votre entité ou de l'AP-HP peuvent être consultés.

7. Annexes

Annexe 1 : Définitions

3CADP : désigne la Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers Patients associant notamment la DPO, le DIM central et la DAJDP, dont la mission est de préqualifier le caractère illégitime des accès aux outils traitant des données personnelles.

CME : désigne la Commission médicale d'établissement.

CNIL : désigne la Commission Nationale Informatique et Libertés, créée par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et chargée de veiller à la protection des données personnelles contenues dans les fichiers et traitements informatiques ou papiers, publics et privés. La CNIL a un pouvoir de contrôle et de sanction.

Données personnelles : 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 (exemple : un nom, une photo, une radio, une empreinte, une adresse postale, une adresse mail, un numéro de téléphone, un numéro de sécurité sociale, un matricule interne, une adresse IP, un identifiant de connexion informatique, un enregistrement vocal, etc.)

Données personnelles sensibles : désigne des données personnelles qui révèlent l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle.

Données personnelles de santé : désigne les données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne.

DAJDP : désigne la Direction des Affaires juridiques et des Droits des Patients de l'AP-HP.

DIM : désigne le Département de l'Information Médicale.

DMU : désigne les Départements Médicaux Universitaires.

DPO : désigne le délégué à la protection des données de l'AP-HP désigné à la CNIL, en charge de contrôler la conformité de l'AP-HP au regard de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

DRH : désigne la Direction des Ressources Humaines.

DSN : désigne la Direction des Services Numériques de l'AP-HP.

EDS : désigne l'Entrepôt de Données de santé de l'AP-HP.

LIL : désigne la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ressources informatiques ou ressources : désigne tout élément physique ou logique, matériel, informatique, interagissant avec tout ou partie du SI de l'AP-HP et comprenant :

- Des éléments matériels, tels que notamment : infrastructures de tout type, serveurs, data center, mais également les hubs, firewalls, équipements réseaux, équipements individuels remis à l'utilisateur, tout périphérique et tout autre matériel informatique, connectique ou bureautique en ce compris les plateformes, câbles du réseau, photocopieurs, ordinateur et téléphones fixes ou portables, scanners, imprimantes, etc. ;
- Des éléments logiciels ou immatériels tels que notamment le système d'information (SI), les réseaux, les logiciels, progiciels, applications, fichiers, données et bases de données, l'intranet, l'extranet, le système de messagerie, les services Internet, etc.
- Les règles applicables dans la présente Charte s'appliquent également aux ressources non fournies par l'APHP et interagissant avec le SI de l'APHP (équipement personnel ou fourni par des tiers).

RGPD : désigne le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD), qui fixe le cadre légal en matière de protection des données personnelles.

RSSI : désigne le responsable de la sécurité des systèmes d'information de l'AP-HP.

Secret médical : désigne l'obligation de discrétion professionnelle imposée à l'ensemble du personnel de l'AP-HP, et représente un droit fondamental pour le patient. La violation du secret médical, (condamnée par le code pénal et le code de la santé publique) est par exemple caractérisée lorsque des tiers non autorisés accèdent, quand bien même ils auraient les habilitations pour le faire, aux données de santé de patients à l'insu de ces derniers et en dehors du cadre de la prise en charge.

Secret professionnel : désigne le principe de confidentialité applicable à certaines fonctions (Ressources humaine, DSN) qui implique l'interdiction de divulguer à des tiers ou à des personnes non autorisées, des informations à caractère confidentiel (information sur les salaires notamment).

SI : désigne le Système d'information de l'AP-HP.

Utilisateur : désigne :

- Toute personne physique membre du personnel de l'AP-HP, quel que soit son statut (professionnel de santé ou pas), son niveau hiérarchique ou son lieu d'accès, notamment : les salariés, les fonctionnaires, les contractuels, les apprentis, les stagiaires, ou encore les intérimaires qui, de manière permanente ou occasionnelle accède et/ou utilise les ressources de l'AP-HP ;
- Toute personne physique non membre du personnel de l'APHP, tel que les enseignants, les étudiants, chercheurs, mais également les prestataires externes ou les sous-traitants, qui accèdent à tout ou partie du SI de l'AP-HP. Les utilisateurs de l'APHP chargés des relations contractuelles et opérationnelles avec ces tiers doivent s'assurer (i) de la communication de cette Charte à ces tiers avant la signature du contrat et (ii) du respect de ses règles par ces tiers.

Violation de données personnelles : une violation de sécurité, entraînant de manière accidentelle ou illicite, la destruction, la perte, l'altération, la divulgation non autorisée de données à caractère personnel transmises, conservées ou traitées d'une autre manière, ou l'accès non autorisé à de telles données.

Annexe 2 : Référentiel légal

Dans le cadre de l'accès et de l'utilisation des ressources, les utilisateurs se doivent d'être en conformité vis-à-vis des lois et des réglementations en vigueur, en particulier :

- Le Code pénal :
 - Atteinte au secret médical ;
 - Consultation illégitime d'un dossier patient en dehors de la prise en charge ;
 - Intrusion frauduleuse dans un SI, fraude informatique ;
 - Usurpation d'identité ;
 - Atteinte aux bonnes mœurs (diffamation, injure, incitation à la haine, pornographie...).
- Le Code de la santé publique :
 - Respect absolu du secret médical, de la déontologie et des règles éthiques associées ;
 - Respect des règles d'accès aux dossiers patients ;
 - Respect des conditions d'hébergement de données de santé.
- Le Règlement Général sur la Protection des Données personnelles (RGPD) et la Loi Informatique, Fichiers et Libertés (LIL) :
 - Revues de conformité / analyses d'impacts / inscription au registre ;
 - Information des personnes et collecte de données strictement nécessaire à la finalité ;
 - Respect des droits des personnes (opposition, rectification, etc...).
- Le Code civil :
 - Secret des correspondances ;
 - Respect de la vie privée ;
 - Respect du droit à l'image.
- Le Code de la propriété intellectuelle :
 - Protection des logiciels, des écrits, des images, des marques et des bases de données, des publications des recherches (contrefaçon) ;
 - Téléchargements illégaux ;
 - Respect des autorisations accordées.
- Le Code du travail :
 - Application des sanctions disciplinaires ;
 - Procédures de sanctions (convocation, échelle des sanctions).
- Les codes de déontologie applicables aux utilisateurs :

- Respect absolu du secret médical, de la déontologie et des règles éthiques associées ;
- Respect des règles d'accès aux dossiers patients.
- Les procédures internes applicables au sein de l'AP-HP et les documentations d'information notamment disponible sur l'intranet et les réseaux partagés internes.

Principes essentiels du fonctionnement des structures médicales à l'AP-HP

Cette annexe est fondée sur les réflexions menées sur les organisations médicales et en particulier les départements médico-universitaires (DMU), notamment les conclusions du groupe de travail relatif aux DMU, publiées le 30 décembre 2018 et intitulées « Vers des Recommandations sur la création, la gouvernance et le fonctionnement des départements médico-universitaires (DMU) » et le document intitulé « Orientations pour la CME du 8 janvier 2019 », qui a été discuté par le directoire de l'AP-HP du 4 janvier 2019 et la CME le 8 janvier 2019. Un comité de suivi, dont la composition est définie par le directoire, s'assure du respect effectif des règles et principes posés à la présente annexe. Il présente chaque année un état de la mise en œuvre de ces règles et principes et du fonctionnement des organisations médicales devant le directoire et la CME.

I. Les structures médicales à l'AP-HP

I.1 Les services et les unités fonctionnelles

Structures essentielles et élémentaires de l'organisation médicale du groupe hospitalo-universitaire, les services assurent, au plan médical et paramédical, la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement conformément au projet de DMU. Ils peuvent être composés d'unités fonctionnelles de service (UFS).

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un DMU pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Elles sont alors appelées unités fonctionnelles de DMU (UFDMU). Un service ou une unité fonctionnelle intégré dans un DMU ne peut relever que d'un seul DMU. Sauf exception résultant de l'existence de contraintes géographiques importantes ou de surspécialités induisant des filières de soins spécifiques, les services et unités fonctionnelles de même discipline au sein d'un groupe hospitalo-universitaire sont regroupés au sein d'un même DMU. Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire prise après concertation avec le

comité exécutif, sur la base du contrat de DMU et sur proposition du directeur médical de DMU, après avis du président de la CME locale et avis du CTE local. Est considéré comme une modification du service tout changement de périmètre du service se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une unité fonctionnelle de service. Les unités fonctionnelles sont créées et supprimées selon les mêmes modalités que les services. Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des services et unités fonctionnelles font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après concertation avec le comité exécutif.

I.II Les départements médico-universitaires (DMU)

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est organisée au plan médical en départements médico-universitaires (DMU), en conformité avec l'organisation médicale légale des établissements publics de santé en pôle d'activités. Les DMU sont composés de structures internes de prise en charge des patients par les équipes médicales et paramédicales, ainsi que de structures médico-techniques, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles. Ils constituent un niveau d'organisation et de gouvernance complémentaire de ces structures internes. Chaque structure est obligatoirement placée sous la responsabilité d'un praticien. Son appellation (service, département, centre, institut, secteur, etc.) est fixée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition du directeur médical de DMU et du président de CMEL.

• Les départements médico-universitaires (DMU)

Les départements médico-universitaires (DMU) sont constitués conformément au projet médical d'établissement. Ils regroupent plusieurs services et unités fonctionnelles, pour les unir dans une logique de soins organisés en filière, et dans une logique universitaire d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé. Ils contribuent activement, en lien avec les professionnels et organismes de la médecine de ville ainsi qu'avec les autres établissements de santé, à faire bénéficier les patients d'un parcours de santé approprié à leurs besoins et gradué. Ils sont dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée et d'une démarche de contractualisation. Le périmètre du DMU doit emporter une logique forte de cohésion médicale et soignante autour d'un projet médical partagé. Des DMU inter-universitaires et dépassant le périmètre d'un seul GHU peuvent être utiles et nécessaires sur le plan territorial ou de parcours de patients, de promotion de projets universitaires, voire dans le cadre d'une phase transitoire vers une plus grande association entre universités. Dans le cas de DMU inter-universités, les modalités de gouvernance en lien avec les UFR sont précisées afin d'associer pleinement les directeurs d'UFR aux décisions qui relèvent de leurs disciplines.

Certains DMU peuvent, par exception, être conçus au niveau de l'ensemble de l'AP-HP. Le directoire de l'AP-HP en fait dans ce cas la proposition. Conformément à la loi, les activités de biologie médicale du groupe hospitalo-universitaire sont réunies dans un seul et même DMU. Il est donc recommandé de maintenir l'ensemble des services de biologie dans un même DMU pour des raisons à la fois de cohérence de métiers, de mutualisation d'équipements et d'espaces, de processus qualité (COFRAC) et de responsabilité. Les groupes hospitalo-universitaires qui proposeraient de s'exonérer partiellement ou totalement de cette recommandation doivent démontrer la capacité de l'organisation proposée à répondre à ces objectifs ou obligations.

S'agissant des pharmacies à usage intérieur :

- Il est recommandé que les pharmacies à usage intérieur d'un même groupe hospitalo-universitaire soient associées dans un même DMU ;
- L'AGEPS peut comprendre un DMU pour la pharmacie à usage intérieur dont elle est en charge.

• Ouverture des DMU aux partenaires de l'AP-HP

Les DMU peuvent être liés par une convention d'affiliation à des structures médicales d'autres établissements de santé, notamment lorsque ces derniers sont rattachés au centre hospitalier et universitaire par une convention d'association conclue au titre de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique. En particulier, les DMU de l'AP-HP peuvent associer des services appartenant à des hôpitaux de l'Île-de-France, dès lors que cette affiliation permet de renforcer la cohérence médicale et universitaire du DMU : cette affiliation doit être formalisée à la fois dans la gouvernance du DMU et dans les conventions AP-HP / GHT. La convention d'affiliation prévoit les modalités de la coopération du DMU et de la structure concernée pour les activités de soins, d'enseignement et de recherche. Elle prévoit le cas échéant des modalités de co-utilisation de leurs plateaux médico-techniques. De même, des structures de médecine de ville (centre de santé, médecins partenaires) impliquées dans les filières de soin du DMU peuvent également être proposées comme affiliées au DMU et, à ce titre, impliquées dans son fonctionnement et sa gouvernance.

• Ouverture des DMU aux unités de recherche

Les DMU peuvent être liés par une convention d'association à une ou plusieurs unités de recherche (UMR) relevant d'un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST). Le contrat de DMU prévoit les modalités d'association à sa gouvernance des directeurs des UMR.

• Création, modification ou suppression des DMU

L'organisation en DMU des groupes hospitalo-universitaires est proposée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la commission médicale d'établissement locale, des directeurs des UFR, chacun pour les DMU qui les concernent et du comité technique d'établissement local. Les orientations retenues pour cette organisation résultent d'un processus de concertation, impliquant les chefs de service et les responsables des autres structures médicales ainsi que les cadres de santé. Les principes d'organisation et de bon fonctionnement des DMU font l'objet d'une large concertation associant, selon les modalités les plus adaptées, l'ensemble du personnel médical et soignant. Les DMU sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la CME, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central. Est considéré comme une modification du DMU tout ajout ou suppression de structures médicales au sein du DMU. Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des DMU font l'objet d'une décision du directeur général après concertation avec le directoire sur proposition du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL.

I.III Les fédérations

Les DMU, les services et les unités fonctionnelles, tout en conservant leur gestion propre, peuvent être réunis en fédérations, en vue du rapprochement d'activités médicales complémentaires. Les responsables des structures médicales concernées en rédigent, à cet effet, le projet médical.

Ces fédérations sont dites :

- fédération « supra-GHU » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant de plusieurs groupes hospitalo-universitaires distincts,
- fédération « intra-GHU » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant d'un même groupe hospitalo-universitaire.

Les activités de la fédération sont placées sous la responsabilité d'un coordonnateur médical, biologiste, pharmacien ou odontologiste hospitalier.

L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un protocole. Ce protocole est arrêté par les directeurs des groupes hospitalo-universitaires concernés, après avis des présidents des commissions médicales d'établissement locales, des comités techniques d'établissement locaux et des directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR) concernés, en accord avec les directeurs de DMU concernés.

Ce protocole précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ses activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur médical.

Les fédérations « supra-GHU » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur général, après concertation avec le directoire.

La création, modification ou suppression d'une fédération « supra GHU » est :

- soit effectuée à la demande du directeur général après concertation avec le directoire,
- soit proposée par les directeurs des groupes hospitalo-universitaires.

La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GHU » est effectuée après avis du président de la CME, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central, après concertation avec les comités exécutifs et les responsables des structures médicales concernées, avis du ou des directeurs des UFR médicales concernées, des présidents des CMEL concernés, et avis des CTCL concernés.

Les fédérations « intra-GHU » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, après concertation avec le comité exécutif et les responsables des structures médicales concernées, après avis du président de la CME, du directeur de l'UFR médicale et après avis du président de la CMEL et du CTCL.

Est considéré comme une modification de la fédération tout changement de périmètre de la fédération se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une structure médicale.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des fédérations « supra-GHU » font l'objet d'une décision du directeur général après concertation avec le directoire.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des fédérations « intra-GHU » font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après concertation avec le comité exécutif.

Le coordonnateur médical d'une fédération « supra-GHU » est désigné :

- par le directeur général de l'AP-HP,
- sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitalo-universitaires et des présidents de CMEL,
- après avis du président de la commission médicale d'établissement, des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés et des directeurs de DMU concernés.

Le coordonnateur médical d'une fédération « intra-GHU » est désigné :

- par le directeur du groupe hospitalo-universitaire,
- sur proposition du président de la CMEL
- après avis du directeur d'unité de formation et de recherche concerné et des directeurs de DMU concernés.

Chaque fédération peut comprendre un conseil de fédération. Sa composition et son fonctionnement sont fixés par un protocole.

I.IV Les départements hospitalo universitaires (DHU)

En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, un DMU ou l'une ou plusieurs des structures médicales qui le compose peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, et le cas échéant avec d'autres DMU, un département hospitalo-universitaire (DHU) La constitution du DHU est effectuée à l'issue d'un appel à projets. Un contrat entre l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé. La création des DHU donne lieu à une information de la commission médicale d'établissement locale et à la consultation du comité technique d'établissement local et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local des groupes hospitalo-universitaires concernés.

II. Les services et unités fonctionnelles

II.I Chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle

A - Nomination des chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle de DMU

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU sont praticiens titulaires. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire pour une durée de quatre ans renouvelable sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. Toutefois, si le président de la commission d'établissement a délégué sa compétence relative à la proposition de nomination des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU au président de la commission médicale d'établissement locale du groupe hospitalo-universitaire concerné, la nomination s'effectue sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale après avis du directeur médical de DMU et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée. En cas d'avis défavorable du directeur médical de DMU, la proposition de nomination est faite par le président de la commission médicale d'établissement. Dans tous les cas, si l'un de ces avis requis est négatif, le chef de service ou le responsable d'unité fonctionnelle de DMU est nommé par le directeur général.

Pour les premières candidatures à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU ou en cas de pluralité de candidatures lors d'un renouvellement, le président de la commission médicale d'établissement recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc composée au minimum du président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée, du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du directeur médical de DMU, auxquels peuvent s'adjoindre des personnalités qualifiées pour le lien qu'elles entretiennent avec le service concerné tels que les chefs de service en lien avec le service.

La commission ad hoc auditionne le ou les candidats sur leur projet de service ou d'unité ainsi que sur le projet de management, et émet un avis sur la candidature, qui est transmis au président de la commission médicale d'établissement et au directeur général.

La commission prend toute information nécessaire auprès des praticiens titulaires du service ou de l'unité et du cadre paramédical de DMU. Elle est destinataire du bilan du précédent mandat qui a été discuté en conseil de service, accompagné des observations recueillies auprès de ce dernier. En cas d'absence de candidature émanant du groupe hospitalo-universitaire ou en cas d'absence d'avis favorable de la commission ad hoc sur la ou les candidatures présentées, une procédure d'appel à candidatures est mise en place ouverte aux candidats internes ou externes au groupe hospitalo-universitaire. La commission ad hoc est dans ce cas saisie dans les mêmes conditions. Dans ces cas, la commission ad hoc peut s'adjoindre deux personnalités extérieures au groupe hospitalo-universitaire, désignées conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. La procédure d'avis préalable de la commission ad hoc n'est pas applicable aux nominations effectuées au sein de l'hospitalisation à domicile et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire. S'ils le souhaitent, les candidats non retenus peuvent bénéficier d'un entretien avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée et le président de CME locale au cours duquel sont notamment évoqués les motifs du choix effectué ainsi que les perspectives de carrière de l'intéressé. En cas de renouvellement à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU et en l'absence d'autre candidature, le candidat à son renouvellement présente devant le comité exécutif un rapport sur l'activité de son service ou de son unité et sur sa gestion des ressources humaines. Ce rapport porte notamment sur la mobilité des personnels médicaux, ainsi que sur la réalisation d'entretiens annuels avec les praticiens du service ou de l'UFP. Lorsque le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le président de la CME locale et le directeur médical de DMU le décident, un second rapport est réalisé par

un tiers extérieur qu'ils désignent. Le conseil de service ou d'unité fonctionnelle de DMU consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et aux propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité. Cette gestion peut également faire l'objet d'un rapport établi par une personnalité qualifiée extérieure désignée conjointement par le président de CME locale et le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Ces rapports sont transmis au président de CME et à la direction générale.

B - Nomination des responsables d'unité fonctionnelle de service

Les responsables d'unité fonctionnelle de service sont nommés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

C - Fin de fonctions des chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle de DMU ou de service

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU par décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après avis du président de la commission médicale d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur médical de DMU.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable d'unité fonctionnelle de service par décision du directeur de groupe hospitalo-universitaire, après avis du président de la commission médicale d'établissement, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur médical de DMU.

D - Missions des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU ou de service

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU ou de service assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Ils établissent notamment les tableaux de service nominatifs prévisionnels et réalisés du service ou de l'unité fonctionnelle. Ils élaborent, en conformité avec le contrat et le projet de DMU, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de DMU, qui prévoit l'organisation

générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins. Ce projet est élaboré avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle de DMU et en concertation avec les équipes.

E – Exercice provisoire de fonctions

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'**article 12**, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut désigner un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale, après avis du directeur de DMU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (s'il y a lieu) et, le cas échéant, avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire dont relève le praticien et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée si ce groupe hospitalo-universitaire est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

II.II Formation des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur du groupe hospitalo-universitaire propose aux chefs de service et aux responsables de service ou d'unité fonctionnelle de DMU une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions. Il est proposé à tout nouveau chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle de DMU qui le souhaite un dispositif d'accompagnement dans sa prise de fonctions.

II.III Conseil de service et d'unité fonctionnelle de DMU

Chaque service ou unité fonctionnelle de DMU met en place un conseil de service ou conseil d'unité fonctionnelle de DMU.

Il a notamment pour objet de :

- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service,
- participer à l'élaboration du projet de service ou d'unité et du rapport d'activité,
- faire toute proposition sur le fonctionnement du service.

Ce conseil est ouvert à l'ensemble du personnel du service ou de l'unité fonctionnelle de DMU. Le directeur médical de DMU veille au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de DMU, qui se réunissent au moins deux fois par an.

Lors du renouvellement du chef de service ou d'unité, le conseil de service ou d'unité consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et formule des propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité. Ce bilan est s'il y a lieu transmis à la commission ad hoc prévu à l'**article 12** du présent règlement intérieur.

III. La gouvernance du département médico-universitaire (DMU)

III.1 Le directeur médical de DMU

A – Nomination et fin de fonctions du directeur médical de DMU

• Nomination

I. Le directeur médical du DMU, praticien titulaire de l'AP-HP, est nommé, pour une période de quatre ans renouvelable une fois, par le directeur général sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination de l'enseignement médical, vice-président doyen du directoire.

Cette proposition conjointe doit être précédée des étapes suivantes :

- Une présentation du projet du candidat aux chefs de service, aux cadres de santé et, selon des modalités adaptées, à l'ensemble des professionnels du DMU. Les principales remarques formulées lors de cette présentation sont recensées et transmises au comité mentionné ci-dessous.
- Une audition du ou des candidats par un comité constitué au niveau du groupe hospitalo-universitaire, permettant une discussion sur le projet, associant le directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;
- Une proposition conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du directeur de l'UFR médicale et du président de CMEL (ou des présidents de CMEL lorsque le groupe hospitalo-universitaire en préfiguration est composé de plusieurs CMEL) est transmise à la gouvernance centrale.

Le candidat à la direction d'un DMU doit élaborer, en collaboration avec les membres proposés pour la gouvernance du DMU, une proposition de projet de DMU qui doit comporter les éléments suivants :

- les objectifs médicaux de soins, qualitatifs et quantitatifs
- les objectifs universitaires et recherche et les interactions avec les UMR et les EPST
- le rôle en matière d'enseignement (rôle de site pour l'accueil et l'encadrement des étudiants sous la gouvernance de l'UFR)

- la prise en compte des projets immobiliers et d'investissement du ou des groupes hospitalo-universitaires pour le quadriennal
 - les projets d'évolution des structures au cours du quadriennal
 - la proposition de gouvernance et d'organisation
 - les critères d'évaluation et indicateurs de suivi et de résultats
 - les modalités de communication et interaction avec les services
- II.** Le directeur médical du DMU est nommé en fonction de ses capacités managériales : elles doivent être reconnues ou étayées par la participation à une formation spécifique.
- III.** Une parité femmes / hommes est recherchée pour la nomination des directeurs de DMU. Cette parité s'apprécie à l'échelle de chaque groupe hospitalo-universitaire et à l'échelle de l'AP-HP.
- IV.** En cohérence avec l'ampleur des responsabilités du directeur médical de DMU, le non cumul entre les fonctions de directeur médical de DMU et de chef de service est recherché, sauf dérogation.

• Fin de fonctions

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de directeur médical de DMU par décision du directeur général après avis du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination de l'enseignement médical, vice-président doyen du directoire.

B – Les missions du directeur médical de DMU

Le directeur médical d'un DMU, qui exerce notamment les missions attribuées par le code de la santé publique en son article L. 6146-1 aux chefs de pôle, met en œuvre la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au DMU.

Il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du DMU et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du DMU, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles (UFDMU et UFS) prévues par le projet de DMU. Dans l'exercice de ses fonctions, il est assisté par un cadre paramédical de DMU et un cadre administratif de DMU. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalo-universitaire. Si le DMU comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme. Le directeur médical de DMU organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du DMU. Le directeur médical de DMU :

- élabore, sur la base du contrat de DMU, le projet de DMU à partir du projet médical et du projet de soins de l'AP-HP et du groupe hospitalo-universitaire ainsi que de la proposition de projet élaborée en amont de sa nomination. Il inscrit dans le projet de DMU les engagements concrets relatifs à la politique managériale du DMU. Ce projet est diffusé à l'ensemble des professionnels concernés ;
- promeut une politique d'enseignement et de recherche conforme à la dimension hospitalière et universitaire de son DMU, en collaboration étroite avec les responsables des services ou unités fonctionnelles (UFDU et UFS) de son DMU. Les financements obtenus au titre des missions d'enseignement, de référence et d'innovation (MERRI) sont répartis par le groupe hospitalo-universitaire entre les DMU et leurs structures internes au regard des indicateurs d'activité définis au niveau national. Leur montant et leur répartition sont retracés dans un document annuel, transmis au directeur médical du DMU ;
- promeut la politique de participation des personnels au sein du DMU ;
- organise au sein du DMU les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- développe des complémentarités et des coopérations avec les autres DMU du groupe hospitalo-universitaire et de l'AP-HP ;
- représente au sein du groupe hospitalo-universitaire le DMU et les équipes qui le constituent, dans le respect des responsabilités et compétences propres à chacun des professionnels qui y exercent ;
- prépare avec le cadre administratif du DMU et le cadre paramédical du DMU les objectifs et les demandes de moyens du DMU. Il les négocie avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Il est responsable de leur mise en œuvre ;
- rend compte régulièrement au directeur du groupe hospitalo-universitaire de la réalisation des objectifs fixés au DMU à partir des indicateurs, économiques, qualitatifs et quantitatifs prévus dans le contrat de DMU ;
- s'assure de la maîtrise des dépenses, notamment de titre 2 en lien avec les personnels concernés et la pharmacie à usage intérieur du groupe hospitalo-universitaire ;
- met en œuvre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS et CAPCU). Au sein du DMU, Il désigne à ce titre un correspondant/référent dans les différents domaines de la qualité et sécurité des soins (CLAN, CLUD, procédures d'hémovigilance, etc.) ;
- évalue périodiquement, avec l'aide du bureau de DMU, l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge des patients par l'équipe médico-soignante avec les objectifs de qualité et gestion des risques ;

- propose la création, la modification ou la suppression des structures internes du DMU au directeur du groupe hospitalo-universitaire et au président de CMEL ;
- rend un avis sur la nomination des responsables des structures internes ;
- s'assure de la mise en œuvre au sein du DMU de la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en matière de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail, de prévention des situations conflictuelles ou à risques ainsi que de conditions de la qualité de vie au travail ;
- favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux ;
- gère les ressources de son DMU en conformité avec la politique définie par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- dans tous les domaines énumérés par l'article R. 6146-8 du Code de la santé publique (délégations de signature), exerce une responsabilité de gestion précisée dans le contrat de DMU ;
- s'assure de la qualité et de l'exhaustivité du codage « PMSI », de la saisie des actes externes, dont les actes hors nomenclature (pour les DMU concernés) ;
- a autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du DMU dans le cadre précisé ci-après.

C – Notion d'autorité fonctionnelle

Le directeur médical de DMU est fondé, dans le cadre de la gouvernance collégiale du DMU, à prendre les mesures nécessaires à l'optimisation des moyens dont il dispose en vertu du contrat de DMU (personnel, locaux, matériels, gestion des lits et places et de ses annexes annuelles), en vue d'assurer le bon fonctionnement de son DMU.

Il exerce à cet effet une « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU. L'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU s'insère dans l'organigramme global du groupe hospitalo-universitaire. Elle s'exerce :

- sous l'autorité hiérarchique du directeur du groupe hospitalo-universitaire,
- sur l'ensemble des personnels du DMU, y compris sur l'encadrement du DMU et les responsables de ses structures internes.

L'autorité fonctionnelle s'entend par :

- le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel elle s'exerce,
- le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs,
- le pouvoir de réformer leurs décisions.

En revanche, elle ne comprend pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination, qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

Les responsables des services et unités fonctionnelles disposent également d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de la structure dont ils ont la charge.

Les chefs de service et les responsables des unités fonctionnelles sont chargés de veiller, sous l'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU, à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.

L'autorité fonctionnelle dont disposent les responsables médicaux sur les personnels médicaux qui leur sont affectés s'exerce dans le respect :

- de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chaque praticien, par référence à l'article 95 du code de déontologie médicale. Cet article prévoit que le fait pour un médecin d'être lié dans le cadre de son exercice professionnel à son établissement n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions, et que le médecin doit notamment toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ;
- des missions et responsabilités des services et unités fonctionnelles telles que prévues par le projet de DMU.

D – Exercice provisoire de fonctions

Conformément aux dispositions de l'**article 14** du présent règlement intérieur, en cas de vacance des fonctions de directeur médical de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'**article 11**, le directeur général peut désigner un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

III.II Le comité exécutif du DMU

La collégialité de la gouvernance des DMU est un facteur décisif de leur bon fonctionnement, de même que l'association de tous aux projets et aux décisions sous des formes adaptées, de la simple information à la co-décision.

Le comité exécutif du DMU garantit la collégialité du fonctionnement du DMU. Il comprend des praticiens hospitaliers (H) et hospitalo universitaires (HU), des paramédicaux, le directeur référent, le cadre paramédical de DMU et le cadre administratif de DMU. Il doit viser :

- une parité H/HU pour les personnels médicaux
- une ancienneté des personnels médicaux représentative de leur diversité

- une parité femmes / hommes
- une représentation des différents sites et des différentes universités en cas de DMU « inter-universités ».

Il est recommandé que l'exécutif du DMU n'excède pas une dizaine de personnes, incluant les responsables « recherche » et « enseignement » et la représentation paramédicale.

Il est identifié au sein du comité exécutif du DMU un « responsable enseignement » et un « responsable recherche ». Ils sont désignés d'un commun accord par le directeur du DMU et les directeurs des UFR médicale, pharmaceutique ou odontologique, chacun pour les DMU qui le concerne ; pour le « référent recherche » l'avis des représentants du ou des EPST les plus directement concernés, par exemple des directeurs d'UMR, sera sollicité. Il peut être envisagé que les deux fonctions soient assurées par la même personne. Chaque membre du comité exécutif du DMU dispose de missions précises. Il reçoit une formation adaptée à l'exercice de ses fonctions.

La gouvernance d'un DMU peut associer un représentant d'une structure hors AP-HP (notamment GHT ou structure de médecine de ville : centre de santé, médecin partenaires) affiliée au DMU ainsi le cas échéant que d'autres représentants de partenaires utiles à la bonne gouvernance des projets du DMU.

Dans le cas de DMU impliquant deux universités, une gouvernance équilibrée est proposée et l'exécutif du DMU associera toutes les composantes universitaires.

III.III Le directeur référent

Un directeur référent est désigné au sein de l'équipe de direction, pour chaque DMU, par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et consacre à ce volet de ses fonctions le temps approprié, défini par le directeur du groupe hospitalo-universitaire en lien avec le directeur médical du DMU.

Il assiste le directeur médical de DMU dans la mise en œuvre des projets de DMU.

Il conseille le directeur médical de DMU dans la préparation du projet de DMU, du contrat de DMU, des prévisions annuelles d'activité et du rapport d'activité annuel du DMU.

Il procède avec le directeur médical de DMU, le cadre paramédical et le cadre administratif de DMU au suivi de l'évolution des ressources du DMU ainsi qu'à l'évaluation et à l'analyse de son activité. Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au DMU, nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.

Il participe à l'analyse de la cohérence des projets du DMU avec le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

III.IV Les collaborateurs du directeur médical de DMU

Le directeur médical de DMU est assisté, dans l'exercice de ses fonctions, par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres paramédicaux et les cadres administratifs, formés à cette fonction. Si le DMU comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

A – Cadre paramédical de DMU

Sous l'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU, le cadre paramédical de DMU organise la continuité, la qualité et la sécurité des activités paramédicales au sein du DMU, ainsi que l'affectation des ressources humaines paramédicales nécessaires aux activités et objectifs du DMU. Il peut être assisté d'un ou plusieurs cadres paramédicaux de DMU adjoints choisis parmi les cadres de santé du DMU. Cet adjoint le supplée en son absence. Le cadre paramédical de DMU :

- s'appuie sur un schéma d'encadrement défini avec le Coordonnateur général des soins du groupe hospitalo-universitaire.
- contribue à l'élaboration du projet de DMU dans son champ de compétence et veille à sa mise en œuvre et à son évaluation en lien avec la direction des soins du groupe hospitalo-universitaire ;
- planifie, organise, coordonne et contrôle les activités paramédicales du DMU. Il s'assure, dans le respect de la qualité et de la sécurité, de l'optimisation des moyens et équipements dédiés ;
- développe, au sein du DMU, une politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ;
- participe à l'élaboration du projet d'encadrement et du projet managérial du DMU ; il en assure la mise en œuvre et le suivi ;
- s'attache à optimiser avec la direction des ressources humaines et la direction des soins du groupe hospitalo-universitaire l'organisation et les conditions de travail des personnels ;
- participe et promeut les missions d'enseignement et de recherche paramédicale du DMU ;
- organise avec le directeur médical de DMU la communication et la concertation interne au DMU ;

- rend compte auprès du coordonnateur général des soins des actions conduites dans le cadre de l'organisation, de la coordination et de la mise en œuvre des activités de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques et du suivi des actions conduites dans le cadre du projet de soins.

Le cadre paramédical de DMU est désigné après concertation avec le directeur médical de DMU sur la base d'une fiche de poste mentionnant les prérequis attendus des candidats en termes de formation, d'aptitude au management et de compétences techniques. Les candidatures sont recueillies à la suite d'un appel à candidatures diffusé au sein du groupe hospitalo-universitaire, deux mois au moins avant la date prévue pour la nomination, parmi des personnes identifiées en amont par la direction des soins.

B – Cadre administratif de DMU

Le cadre administratif de DMU :

- participe à l'élaboration et au suivi du projet et du contrat de DMU, principalement en ce qui concerne les objectifs en matière d'activité, de recettes et de dépenses,
- prépare les négociations budgétaires et assiste le directeur médical de DMU dans la rédaction du bilan annuel du contrat et du rapport annuel d'activité du DMU, en lien avec le cadre paramédical de DMU,
- participe à la préparation des dossiers d'autorisation et d'agrément ainsi que des décisions de configuration des structures internes du DMU,
- analyse les tableaux de bord et indicateurs mensuels transmis par la direction du groupe hospitalo-universitaire et du médecin responsable de l'activité médicale (DIM),
- s'assure de la gestion des crédits délégués au DMU
- prépare l'élaboration et la diffusion du suivi des indicateurs du contrat de DMU, en regard des objectifs contractualisés,
- facilite l'appropriation des enjeux médico - économiques par le personnel du DMU,
- prépare avec le directeur médical de DMU et le cadre paramédical de DMU les réunions du bureau de DMU,
- peut se voir confier l'encadrement de certaines catégories de personnel du DMU.

Le cadre administratif de DMU est nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire après concertation avec le directeur médical de DMU.

IV. Modalités de concertation interne

Le directeur médical de DMU organise la concertation au sein de son DMU en associant toutes les catégories de personnel et en facilitant leur expression directe et collective. Il veille notamment au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de DMU. Les modalités de cette concertation sont exposées dans le projet de DMU.

Le directeur médical de DMU associe les responsables de structures internes et ses collaborateurs à l'élaboration du projet de DMU et sa mise en œuvre. Il veille à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes au DMU. Il conduit des actions contribuant à fédérer l'ensemble du personnel, en particulier lorsque le périmètre du DMU couvre plusieurs sites.

IV.1 Les organes de concertation

A – Le bureau de DMU

Le directeur médical de DMU organise un bureau de DMU comprenant a minima l'ensemble des chefs de service, des responsables d'unité fonctionnelle de DMU et des cadres supérieurs de santé du DMU, ainsi que le directeur référent du DMU.

Il se réunit une fois par mois, et en tant que de besoin, et selon une périodicité indiquée dans chaque contrat de DMU. Le bureau de DMU peut être élargi à l'ensemble des responsables d'unité fonctionnelle et à l'encadrement paramédical de proximité, ainsi qu'à une représentation des personnels médicaux titulaires non chefs de service. Il peut être ouvert à d'autres personnels du DMU et notamment aux représentants des unités mixtes de recherche (UMR) liées au DMU. Une représentation des usagers peut également être associée aux réunions du bureau de DMU. Une représentation des personnels exerçant au sein des services du DMU est organisée au sein du bureau : ces représentants sont désignés par les équipes, selon des modalités permettant la présence des principales catégories professionnelles du DMU et de l'ensemble des sites du DMU.

La composition du bureau est précisée par le projet de DMU. Le bureau est force de proposition et de suivi de l'application du projet de DMU dans chaque unité ou service. Il est informé des conclusions des réunions de service. Le bureau de DMU est un lieu de concertation sur les activités et le fonctionnement du DMU. Une information et un échange sont organisés en bureau de DMU au moins une fois par an sur l'exécution du contrat de DMU.

B – Le conseil de DMU

Le conseil de DMU est composé de façon large, afin de faire une place importante aux personnels qui ne sont pas membres du comité exécutif et du bureau du DMU.

Tout représentant d'une structure en lien avec le DMU (établissement membre d'un GHT par exemple) a vocation à être associé au conseil de DMU, en fonction des spécificités de chaque DMU, il en est de même des représentants des usagers. Le conseil de DMU s'assure de la qualité de l'information et favorise les échanges entre les personnels et entre les services et les unités fonctionnelles. Il est un des outils de la communication au sein du DMU. Il a notamment pour objet de :

- participer à l'élaboration du projet de contrat de DMU, du projet de DMU et du rapport d'activité,
- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au DMU,
- faire toute proposition sur le fonctionnement du DMU et de ses structures internes (services et unités fonctionnelles), notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

Il concourt avec les conseils de service à la diffusion auprès de l'ensemble du personnel des informations du bureau de DMU. Il se tient au moins une fois par an.

IV.II La communication interne au DMU

Le directeur médical de DMU organise la participation et la communication au sein du DMU. Il veille à la bonne transmission à l'ensemble du personnel du DMU des informations relatives à l'activité, aux projets et au fonctionnement du DMU.

Il élabore, en lien avec la direction du GHU, des outils d'information et de communication spécifiques au DMU afin de favoriser l'information de ses équipes : newsletter, diffusion des comptes rendus des bureaux de DMU, etc.

IV.III La participation des représentants des usagers

Le directeur médical de DMU veille à l'association des représentants des usagers aux processus de concertation au sein du DMU. Il désigne le cas échéant au sein du DMU un ou des représentants des patients référents, sur proposition des associations de patients relevant des pathologies prises en charge au sein du DMU. Sans préjudice des compétences des représentants des usagers dans les instances du groupe hospitalo-universitaire, le représentant des patients référent est l'interlocuteur privilégié du comité exécutif du

DMU pour toute question relative à l'application des droits des malades au sein du DMU et l'examen des réclamations des usagers. Il est membre du conseil du DMU et peut être associé au bureau du DMU.

V. Contrats, projets et gestion du DMU

V.I Le contrat de DMU

Un contrat de DMU, contrat d'objectifs et de moyens, est signé entre le directeur du groupe hospitalo-universitaire et chaque directeur médical de DMU pour une durée de quatre ans. Ce contrat de DMU est contresigné par le président de la commission médicale d'établissement qui atteste ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement, ainsi que par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, vice-président du directoire, le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'UFR médicale, la CMEL en étant informée. En particulier :

- il organise la délégation de moyens humains et matériels au DMU, permettant de réaliser des objectifs annuels en termes d'activité médicale, d'organisation et d'amélioration de la qualité des soins ;
- il doit permettre de disposer de marges de manœuvres suffisantes pour opérer des choix infra-annuels. Notamment, en matière de ressources humaines, il doit laisser de la souplesse dans la gestion du TPER, dans le respect du cadrage pluriannuel de la masse salariale, en permettant par exemple une fongibilité entre les enveloppes d'emplois permanent et de remplacement. Il peut prévoir la délégation d'une enveloppe de surprime de service au directeur médical de DMU afin qu'il dispose de moyens managériaux de reconnaissance, sur une base individuelle ou collective.

Il peut prévoir une délégation de crédits et de recherche (s'agissant notamment des crédits MERRI) et un intéressement des DMU au prorata de leur « performance » recherche.

Le contrat est accompagné d'un budget de DMU permettant de suivre de façon transparente les dépenses et les recettes directes et indirectes de chacune de ses structures internes (services et UF). Ce budget doit permettre l'établissement de comptes de résultats analytiques de DMU et de leurs structures internes (services et UF). Il mentionne en tant que de besoin le montant et l'usage des enveloppes fléchées dédiées à certaines activités du DMU (notamment crédits maladies rares et crédits de recherche).

Le contrat de DMU et les délégations qui en résultent donnent lieu à un suivi et un contrôle sur la base d'indicateurs préalablement établis.

Le contrat de DMU décline précisément l'articulation avec les services concernés.

Le contrat de DMU définit par ailleurs le champ et les modalités d'une délégation de signature qui peut être accordée au directeur médical de DMU (cf. V.III. Délégations de signature).

Le contrat de DMU précise également le rôle du directeur médical de DMU dans les domaines suivants :

- 1) Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du DMU ;
- 2) Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3) Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du DMU relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4) Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 5) Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Le contrat de DMU précise le rôle du directeur médical de DMU en matière de ressources humaines médicales et non médicales, d'investissements et de crédits d'entretien et de maintenance et de crédits d'exploitation en se fondant sur un socle de compétence. Ces compétences sont exercées directement par le directeur médical de DMU ou par l'intervention de ses collaborateurs et responsables de structures internes sur lesquels il exerce un contrôle direct. Le contrat de DMU est mis à jour annuellement et présenté au bureau du DMU.

• **Déclinaison annuelle du contrat de DMU**

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire signe la déclinaison annuelle du contrat de DMU avec le directeur médical de DMU. Cette déclinaison, formalisée par une annexe au contrat de DMU, précise les objectifs négociés, notamment en matière d'activité et de moyens alloués pour l'année à venir, ainsi que les indicateurs de suivi identifiés. Elle est discutée en se fondant notamment sur l'évaluation qui est faite de l'exécution de l'année précédente. Au vu de cette évaluation, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut être amené à ajuster, à la hausse ou à la baisse, les moyens accordés au DMU.

V.II Le projet de DMU

Le directeur médical de DMU élabore un projet de DMU qui définit, sur la base du contrat de DMU ainsi que de la proposition de projet élaborée en amont de sa nomination, les missions et les responsabilités confiées aux services, unités fonctionnelles de DMU et unités

fonctionnelles de service et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés à son DMU. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Ce projet, élaboré en concertation avec les équipes, est rédigé dans un délai de trois mois après la nomination du responsable concerné sur la base et après la signature du contrat de DMU. Le projet de DMU définit les objectifs du DMU en matière de soins d'enseignement et de recherche.

Il comprend :

- une déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs et projets opérationnels ;
- l'élaboration de plan d'actions définissant les chantiers à conduire, les méthodes de travail ;
- les modalités d'implication des différents acteurs au sein du DMU ;
- un projet spécifique de promotion de la qualité de vie au travail (QVT).

Le projet est présenté au bureau de DMU et communiqué pour information à l'ensemble du personnel.

V.III Délégations de signature

Le contrat de DMU définit le champ et les modalités de la délégation de signature accordée au directeur médical de DMU permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1) Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2) Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3) Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4) Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5) Dépenses de formation de personnel.

V.IV Gestion en matière de ressources humaines médicales

Le directeur médical de DMU a connaissance des ressources médicales qui sont allouées au DMU pour remplir les missions fixées par le contrat et ses annexes annuelles.

L'allocation des ressources médicales fait suite à un dialogue de gestion entre le directeur médical de DMU et la direction du groupe hospitalo-universitaire et entre la direction du groupe hospitalo-universitaire et la direction générale de l'AP-HP s'agissant des personnels titulaires.

Leur mobilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part les membres du DMU et la direction du groupe hospitalo-universitaire selon des modalités définies par le contrat de DMU.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de DMU, le directeur médical de DMU, en lien avec la direction du groupe hospitalo-universitaire et en associant les responsables des structures internes du DMU :

- gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) du personnel médical « junior » du DMU et l'affectation interne des moyens, et notamment :
 - les demandes de recrutement de personnels médicaux en formation « faisant fonction d'internes»,
- gère le TPER du personnel médical « senior » du DMU et notamment son affectation :
 - les demandes de poste d'assistants spécialistes,
 - les demandes de postes de praticiens hospitaliers.

Le directeur médical de DMU décide de l'affectation des moyens en personnel médical (PM) non permanent au sein du DMU (répartition des demi-journées au sein des structures internes, gestion des quotités de travail).

Le directeur médical de DMU peut en cours d'année proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition des ressources du DMU en personnel médical (PM) dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du DMU. Il met en œuvre cette décision en lien avec la direction du groupe hospitalo-universitaire et avec la CME locale.

Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs, le directeur médical de DMU transmet un état priorisé des demandes des structures internes du DMU. Cet état est examiné par la CMEL et le comité exécutif

Le directeur médical de DMU :

- propose la nomination des praticiens hospitaliers et donne un avis motivé à l'issue de la période probatoire,
- propose le recrutement des praticiens contractuels (praticiens attachés, assistants, praticiens contractuels),
- propose la participation de professionnels de santé libéraux aux activités du DMU dans le cadre de l'article L. 6146-2 du Code de la santé publique.

Le directeur médical de DMU affecte les personnels médicaux au sein du DMU à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au DMU. Il informe la direction du groupe hospitalo-universitaire de la répartition de personnels médicaux au sein du DMU et de ses modifications, lorsqu'elles ont lieu. Ces informations font l'objet d'un état mensuel partagé. Toute activité partagée entre deux sites de l'AP-HP est conditionnée au volontariat de la personne et ne peut être organisée que sous réserve de conditions d'exercice raisonnables garantant la qualité de vie au travail. Le directeur médical de DMU organise les dispositifs de permanence des soins au sein du DMU en lien avec la Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du groupe hospitalo-universitaire, et en

conformité avec la politique du groupe hospitalo-universitaire et de l'AP-HP en matière de permanence des soins. Le directeur médical de DMU propose un plan de développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux du DMU. Ce plan est élaboré à partir des besoins spécifiques du DMU et des priorités du groupe hospitalo-universitaire.

V.V Gestion en matière de ressources humaines non médicales

La gestion en matière de ressources humaines non médicales du DMU s'effectue dans le respect des dispositions de droit commun du statut de la fonction publique hospitalière, et donc en lien avec la Direction des Ressources Humaines et la Coordination Générale des Soins du Groupe hospitalo-universitaire. Le directeur médical de DMU a connaissance des ressources en personnel non médical qui lui sont autorisés pour remplir les missions fixées par le contrat et ses annexes annuelles. Ces ressources sont notifiées au moins annuellement selon une forme, un niveau de détail et une ventilation entre personnels permanents et moyens de remplacement définis par le groupe hospitalo-universitaire. La notification fait suite à un dialogue de gestion entre le DMU et la direction du groupe hospitalo-universitaire. Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part le DMU et la direction du groupe hospitalo-universitaire selon des modalités définies par le contrat de DMU.

Le directeur médical de DMU peut, dans le cadre du cycle budgétaire et selon les règles institutionnelles, proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition de ses ressources en personnel non médical dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du DMU. Il met en œuvre cette décision dans le cadre défini avec la direction du groupe hospitalo-universitaire, qui les répercute dans le cadre du cycle de gestion budgétaire du groupe hospitalo-universitaire. Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de DMU, le directeur médical de DMU gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés du personnel permanent, en concertation avec le cadre paramédical et le cadre administratif du DMU, ainsi que les moyens de remplacement du DMU et notamment l'affectation interne des moyens.

Le directeur médical de DMU est consulté sur les propositions d'affectation en son sein des personnels non médicaux, à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au DMU. Le directeur médical de DMU ne peut pas imposer une activité partagée ou une mobilité professionnelle entre deux sites de l'AP-HP.

Le directeur médical de DMU assure l'information mensuelle de la direction sur la répartition des personnels non médicaux au sein du DMU et ses modifications.

Pour l'accès aux fonctions d'encadrement, le directeur médical de DMU donne un avis, sur proposition du cadre paramédical de DMU, sur la promotion interne des personnels non médicaux qui lui sont affectés.

V.VI Investissements et crédits d'entretien et de maintenance

Le terme « investissements » désigne :

- l'achat d'équipements médicaux et hôteliers ;
- l'achat d'équipements informatiques et de logiciels ;
- la réalisation de travaux d'aménagement, de restructuration ou de construction.

Le directeur médical de DMU a connaissance des équipements médicaux, hôteliers et informatiques, qui sont mobilisés et entretenus pour le DMU, ainsi que des locaux qui sont affectés au DMU pour la réalisation de son activité et des moyens mobilisés pour leur entretien et leur exploitation.

Le directeur médical de DMU est informé des investissements prévus et retenus pour son DMU et pour le groupe hospitalo-universitaire de manière annuelle, après notification au groupe hospitalo-universitaire par le directeur général des différents plans annuels d'investissement.

Ces équipements et locaux font l'objet d'un inventaire annuel avec une information sur les contrats de garantie. Les taux de vétusté, d'intervention et d'indisponibilité des matériels lourds sont des indicateurs suivis conjointement avec la direction du groupe hospitalo-universitaire et qui peuvent faire l'objet d'objectifs déclinés dans le contrat de DMU.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de DMU, et dans le cadre de la gouvernance collégiale du DMU, le directeur médical de DMU :

- est responsable de cet inventaire. Il informe la direction du groupe hospitalo-universitaire de ses principales évolutions (sorties, entrées, disparitions) ;
- le directeur médical de DMU tient à jour la liste des matériels « mis à disposition » au sein du DMU et en tient informé la direction du groupe hospitalo-universitaire ;
- priorise chaque année les demandes en matière d'équipement médical et non médical, et en matière de travaux à réaliser ;
- est associé aux arbitrages du groupe hospitalo-universitaire en matière d'investissement (travaux et équipements) selon les modalités collégiales définies par la direction du groupe hospitalo-universitaire.

V.VII Crédits d'exploitation

Le directeur de DMU a connaissance des moyens en exploitation courante, notamment les dépenses à caractère médical et hôtelier qui lui sont autorisées pour remplir les missions fixées par le contrat de DMU et par ses déclinaisons annuelles.

Ces moyens sont notifiés au moins annuellement sous une forme, un niveau de détail et un périmètre de comptes définis par le groupe hospitalo-universitaire, dans le cadre du dialogue de gestion en exploitation courante.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le directeur de DMU et la direction du groupe hospitalo-universitaire et s'effectue dans le respect des objectifs budgétaires fixés au groupe hospitalo-universitaire lors des conférences budgétaires de DMU.

L'utilisation des moyens fait l'objet d'un suivi auxquels prennent part le directeur de DMU et ses collaborateurs ainsi que la direction du groupe hospitalo-universitaire selon les modalités définies par le contrat. Le directeur de DMU est responsable du suivi et de la maîtrise des moyens autorisés pour remplir les missions qui lui sont fixées.

V.VIII Évaluation et intéressement

• Évaluation régulière du DMU

Un dispositif d'évaluation conçu dès le départ sur des bases partagées est une condition de réussite du DMU. Dans cette perspective :

- le projet initial de DMU est diffusé à l'ensemble des professionnels concernés (incluant un projet managérial) ;
- un point d'étape à mi-parcours (2 ans) de chaque DMU est réalisé devant le comité exécutif, en tenant compte des objectifs du DMU et des moyens, avec une évaluation finale à 4 ans ;
- à l'issue de cette évaluation, le DMU est reconduit comme tel ou modifié.

Ces points d'étape n'interdisent pas des évolutions de périmètre en cours de mandat, en raison, par exemple, d'évolutions locales.

Les critères d'évaluation devront être précisés et pourront comporter :

- le respect du projet initial
- les indicateurs universitaires, enseignements, recherche
- le parcours usagers, la qualité des soins, la sécurité et les EIG
- les indicateurs financiers et médico-économiques (CREA)
- les indicateurs « RH-QVT »

En cas de problème majeur avant le terme de ces 4 ans, tout chef de service peut à tout moment saisir l'exécutif du DMU ou la direction du groupe hospitalo-universitaire.

• Intéressement collectif

Le contrat de DMU précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du DMU aux résultats de sa gestion.

Dans le cadre de la politique d'intéressement retenue par l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, chaque groupe hospitalo-universitaire peut mettre en place un dispositif d'intéressement collectif à l'exécution des contrats de DMU tenant compte des résultats de chaque DMU. Dans ce cadre, la mise en place de cet intéressement est subordonnée au respect des objectifs financiers du groupe hospitalo-universitaire et suppose que :

- le groupe hospitalo-universitaire provisionne chaque année un budget d'intéressement,
- les critères d'attribution de cet intéressement soient précisés dans la déclinaison annuelle, sur la base d'indicateurs chiffrés et de cibles quantifiées à atteindre,
- les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au DMU sont affectés à un besoin de fonctionnement ou d'investissement, mais, dans tous les cas, non pérenne,
- une discussion soit organisée au sein du DMU sur l'utilisation de ces crédits.

V.IX Outils de gestion mis à disposition des DMU

Chaque DMU dispose d'un tableau de bord qui comporte :

- le socle d'indicateurs institutionnels retenu pour l'ensemble des contrats de DMU et suivi sur les quatre années d'exécution, mentionné en annexe du contrat de DMU type,
- les indicateurs spécifiques par DMU retenus dans le cadre des déclinaisons annuelles du présent contrat. Pour chaque indicateur sont précisés le score actuel et le score contractualisé pour l'année concernée.

Les DMU doivent en outre disposer des comptes de résultats analytiques de DMU et de leurs services ainsi que des montants et de l'usage des enveloppes fléchées dédiées à certaines activités du DMU (crédits maladies rares, crédits de recherche notamment).

VI. Relations avec les autres DMU et participation à la gouvernance du groupe hospitalo-universitaire

Des protocoles internes, signés des directeurs de DMU et visés par les directeurs des groupes hospitalo-universitaires et les responsables des services et unités fonctionnelles concernés, sont établis en tant que de besoin entre les DMU, afin d'organiser la prise en charge des patients dans le cadre de parcours de soins coordonnés et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles au sein de l'AP-HP et de ses groupes hospitalo-universitaires. Les directeurs de DMU sont étroitement associés à la gouvernance du groupe hospitalo-universitaire dont ils relèvent afin d'assurer la mise en œuvre des projets de DMU. Ces projets sont établis en cohérence avec le projet d'établissement, les contrats de DMU, la démarche qualité et les actions de coopération. La participation et l'implication des directeurs de DMU sont recherchées dans toutes les instances ou lieux de concertation où il est traité de la stratégie du groupe hospitalo-universitaire ; il en est ainsi notamment en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Les directeurs de DMU participent notamment aux comités exécutifs (dans les conditions prévues à l'**annexe 3** du présent règlement intérieur) et aux conférences stratégiques et budgétaires locales.

VII. Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels est un élément majeur de la satisfaction au travail. Elle contribue de ce fait à la qualité des soins apportés aux patients. Elle est par ailleurs un enjeu déterminant pour favoriser l'attractivité de l'AP-HP auprès des personnels. A ce titre, l'association des personnels à tous les niveaux, la reconnaissance de leur engagement et des mesures permanentes d'évaluation de la satisfaction des équipes sont essentielles. Le service est le niveau élémentaire et essentiel d'organisation des soins et de la formation, d'animation des équipes et de mise en œuvre du collectif pluri-professionnel autour de la prise en charge des patients. Il est, à ce titre, l'espace d'animation et de développement de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels. C'est au sein des services que doit être conduite une démarche continue d'amélioration de la concordance des temps, entre équipes médicales, paramédicales et administratives. Le DMU crée au sein des services, un environnement favorable au développement de la qualité de vie au travail. Il s'inscrit lui-même dans une logique de qualité de vie au travail.

Afin d'y parvenir :

- les DMU s'appuient sur des responsables formés et capables d'exercer leurs fonctions de manière collaborative.
- le projet de DMU comporte spécifiquement un projet de promotion de la qualité de vie au travail, fondé notamment sur :
 - un diagnostic associant largement les professionnels rattachés au DMU ;
 - l'identification de responsables chargés de porter cette thématique au sein du DMU ;
 - l'organisation d'espaces et de modalités d'information garantissant la compréhension des enjeux au sein duquel les professionnels évoluent au plan individuel et collectif ;
 - l'organisation du travail entre responsables du DMU (notamment chefs de services et cadres de santé) et leurs contributions attendues à une collégialité de fonctionnement ;
 - l'évaluation par l'exécutif du DMU de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels.

VIII. Entretiens individuels

VIII.I Entretien annuel individuel des praticiens

Un entretien annuel individuel est organisé pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps. Il constitue un temps d'expression et d'écoute mutuelle.

Il permet de faire le bilan de l'année écoulée en vue de favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et, plus largement, de l'AP-HP. Il permet notamment de s'assurer que l'activité professionnelle et les compétences développées par chaque praticien sont bien en cohérence avec le projet médical de la structure. Il fait l'objet d'un document daté et signé attestant que l'entretien s'est déroulé. Si un compte rendu commun est rédigé, sa rédaction peut s'appuyer sur la grille d'entretien annuel. Le compte rendu est conservé au sein de la structure médicale concernée. Une copie en est communiquée au praticien. En cas de difficultés, le chef de service en informe le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la CMEL. Cet entretien annuel individuel est organisé :

- 1) Pour chaque directeur de DMU, avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le directeur de l'UFR et le président de la CMEL ;
- 2) Pour chaque chef de service et responsable d'unité fonctionnelle de DMU, avec son directeur médical de DMU ;
- 3) Pour chaque responsable d'unité fonctionnelle de service, avec le chef de service ;
- 4) Pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps, avec le chef de service, qui peut déléguer cette responsabilité au responsable d'unité fonctionnelle dont relève le praticien.

La bonne réalisation des entretiens annuels fait partie des indicateurs figurant dans le rapport remis par les chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle lors de leur renouvellement et par les directeurs de DMU dans le bilan de leur mandat.

Les conditions dans lesquelles ces comptes rendus peuvent être portés à la connaissance des personnes chargées de traiter les situations complexes sont définies dans les documents afférant au plan « RHPM » (2016).

VIII.II Entretien annuel d'évaluation des cadres de DMU

Un entretien annuel d'évaluation est organisé :

- 1) pour le cadre paramédical de DMU, avec le coordonnateur général des soins
- 2) pour le cadre administratif de DMU, avec le directeur fonctionnel dont il relève.

Fédération

Protocole d'organisation

(modèle type à titre indicatif étant entendu que le protocole peut prévoir une gouvernance très allégée)

Préambule (évoquer ici le contexte médical, les ressources présentes, le projet médical, etc.)

Article 1^{er} – Composition et intitulé de la fédération

Les *(services, unités fonctionnelles,...)*.....
(le cas échéant : des groupes hospitalo-universitaires).....

(préciser le cas échéant les sites hospitaliers....) sont réunis en une fédération.

Cette fédération s'intitule :

Article 2 – Objet de la fédération

Par exemple :

La fédération (*nom de la fédération*) a pour objet :

de réunir, coordonner, associer... les activités suivantes, dans la perspective d'un parcours de soins, de la mise en commun de compétences techniques et/ou des moyens suivants (*locaux, équipements, personnels...*), de la mise en œuvre d'un projet médical partagé et construit de façon pérenne pour une prise en charge optimisée des patients relevant des pathologies suivantes...

- d'optimiser les soins en termes de qualité et de coût,
- de développer les structures de soins et le suivi ambulatoire,
- de développer une coopération avec les médecins de ville, etc.

(Le cas échéant, renvoi à un projet médical de la fédération placé en annexe du protocole d'organisation)

Article 3 – Organes de la fédération

Par exemple :

La fédération comprend :

- une instance consultative élargie : le conseil de fédération
- une instance décisionnelle restreinte : le comité permanent
- un coordonnateur médical, assisté d'un coordonnateur adjoint.

3.1 Le conseil de fédération

Par exemple

3.1.1 Composition

Le conseil de fédération regroupe des représentants des différentes structures.

Sa composition est la suivante :

- les praticiens titulaires en fonction au sein de la fédération
- un cadre de santé
- un cadre administratif
- un médecin titulaire temps plein d'un service associé
- le(s) président(s) de la ou des commission(s) médicale(s) d'établissement locale(s) du/des groupes hospitalo-universitaires concerné(s).

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

Le conseil peut décider d'inviter toute personne dont il juge utile la participation à la discussion d'un des points inscrits à l'ordre du jour de la réunion.

3.1.2 Fonctionnement

Par exemple

Le conseil de fédération se réunit sur convocation du coordonnateur ou à la demande de la moitié de ses membres et au moins une fois par an. Son ordre du jour est arrêté par le coordonnateur après consultation du comité permanent. Les décisions du conseil de fédération sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés dont le total lors du vote doit atteindre au moins la moitié des membres du conseil de fédération. En cas d'égalité, la voix du coordonnateur est prépondérante.

3.1.3 Compétences

Par exemple

Le conseil de fédération :

- fixe les orientations générales médicales et scientifiques de la fédération en s'assurant qu'elles sont en accord permanent avec le projet médical du (ou des groupes) hospitalier(s) concerné(s).
- définit ses modalités de fonctionnement et son organisation médicale et paramédicale,
- vote son rapport d'activité
- présente toute observation ou suggestion relative au fonctionnement de la fédération.
- définit les modifications éventuelles de composition de la fédération,
- organise, le cas échéant, la dissolution de la fédération.

3.2 Le comité permanent (le cas échéant)

Par exemple

3.2.1 Composition

Le comité permanent est constitué pour trois ans parmi les membres du conseil de fédération.

Il se compose comme suit :

- le coordonnateur
- le coordonnateur adjoint
- les chefs de service ou leurs représentants
- les cadres de santé...
- les cadres administratifs de DMU concernés

Le comité peut inviter, sur proposition du coordonnateur, toute personne impliquée par une question à l'ordre du jour. Les décisions du comité permanent sont prises à la majorité simple. En cas d'égalité, la voix du coordonnateur est prépondérante.

3.2.2 Fonctionnement

Le comité se réunit au moins une fois par an, sur convocation du coordonnateur ou sur demande d'un tiers des membres de la fédération et sur ordre du jour arrêté par le coordonnateur. Il ne peut se réunir valablement qu'en présence de la moitié au moins des membres. Si ce quorum n'est pas atteint, le coordonnateur procède à une seconde convocation dans un délai qui n'excède pas quinze jours. Aucun quorum n'est exigé pour cette seconde réunion.

Les délibérations du comité permanent sont prises à la majorité simple.

Les débats et délibérations du comité font l'objet d'un procès-verbal diffusé à l'ensemble de ses membres. Ce procès-verbal est également communiqué au(x) directeur(s) du/des groupe(s) hospitalier(s) concerné(s).

3.2.3 Compétences

Le comité permanent est chargé d'animer l'activité médicale et les activités de recherche clinique de la fédération. Il prend, dans le cadre des orientations définies par le conseil, les décisions nécessaires à la réalisation des missions de la fédération.

3.3 Le coordonnateur

Par exemple

3.3.1 Désignation

- Le coordonnateur médical d'une fédération supra-GHU est désigné :
 - par le directeur général de l'AP-HP,
 - sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitalo-universitaires et des présidents de CMEL,
 - après avis du président de la commission médicale d'établissement, des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés et des directeurs de DMU concernés.
- Le coordonnateur médical d'une fédération infra-GHU est désigné :
 - par le directeur du groupe hospitalo-universitaire,
 - sur proposition du président de la CMEL
 - après avis du directeur d'unité de formation et de recherche concerné et des directeurs de DMUs concernés.

3.3.2 Durée du mandat

Le coordonnateur médical est désigné pour une durée de quatre ans, renouvelable.

3.3.3 Rôle et missions

Il définit et coordonne les orientations médicales et scientifiques de la fédération en liaison avec les responsables des structures médicales concernées.

Il veille à l'intégration des activités de la fédération dans les projets médicaux du/des groupe(s) hospitalier(s) concerné(s). Il assure le suivi des objectifs assignés à la fédération et établit le rapport d'activité qu'il transmet au(x) directeur(s) concerné(s).

Par ailleurs, il anime les instances de concertation de la fédération (conseil de fédération et comité permanent) et assure les liaisons de toute nature entre les différentes structures médicales composant la fédération.

(En l'absence de précision contraire il est fait référence au Code de la santé publique.)

Art. 1

R. 6147-1.
R. 6147-4.

Art. 2

L. 6143-1 à L. 6143-8.
R. 6143-1 à R. 6143-16.
D. 6143-33 à D. 6143-35-5.
D. 6143-37 à D. 6143-37-5.
R. 6147-2 à R. 6147-5.
Décret n° 2016-1714 du 13 décembre 2016 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans certains emplois fonctionnels de la FPH.

Art. 3

R. 6144-1 à R. 6144-6.
R. 6144-40 à R. 6144-85.
R. 6146-10 à R. 6146-16.
L. 4613-4 du Code du travail.

Art. 4

L. 6144-1.
D. 6143-37.
R. 1112-79.
R. 6111-1 et suiv.
R. 6111-11-1.

Art. 5

Article 99 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
L. 6111-1 à L. 6111-7.
L. 6112-1.
L. 1110-1.
L. 1112-4.

Art. 6

L. 6143-7.
R. 6147-10.
Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

Art. 8

R. 6147-6 à R. 6147-9.
R. 1112-79.
R. 4615-1 à R. 4615-21 du Code du travail.

Art. 10

L. 6146-1.
Article 195 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

Art. 11

L. 6146-1.
D. 6146-1.
R. 6146-2 à R. 6146-3.
R. 6146-8 à R. 6146-9-1.
Décret n° 2016-291
du 11 mars 2016 relatif à la CME,
au règlement intérieur et aux
fonctions de chefs de services et
de responsables de départements,
unités fonctionnelles ou structures
internes des établissements publics
de santé.

Art. 12

R. 6146-4 à R. 6146-6.
Décret n° 2016-291 du 11 mars
2016 relatif à la CME, au règlement
intérieur et aux fonctions de chefs
de services et de responsables de
départements, unités fonctionnelles
ou structures internes des
établissements publics de santé.

Art. 13

R. 6152-8 à R. 6152-9.
R. 6152-11.

Art. 15

L. 6142-5.

Art. 16

L. 4211-1 à L. 4211-2.
L. 5126-1 et suiv.
L. 5121-1-1.
R. 5126-1 et suiv.

Art. 17

Arrêté du 30 avril 2003 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 de santé
d'hébergement pour personnes
âgées dépendantes, modifié.

Art. 20

R. 6153-1 et suiv.

Art. 21

R. 6153-46 et suiv.

Art. 22

L. 6146-7.

Art. 24

L. 6146-9.
Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002,
modifié.

Art. 26

L. 6142-1 et suiv.
R. 6147-1.

Art. 27

L. 6142-13.
R. 6147-1.

Art. 31

R. 5126-5.
R. 5124-68 à R. 5124-73.

Art. 32

L. 6143-7.

Art. 36

Loi n° 83-629 du 12 juillet 1983 réglementant les activités privées de surveillance, de gardiennage et de transports de fonds modifiée.

Décret n° 86-1058 du 26 septembre 1986 relatif à l'autorité administrative et au recrutement des personnels des entreprises de surveillance et de gardiennage, de transports de fonds et de protection de personnes.

Art. 39

Art. 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
Circulaire B 8 n° 2158 du 5 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'État.

Art. 40

Art. 40 et 74 du Code de procédure pénale. Art. 81 du Code civil.
Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2005-226 du 13 mai 2005 relative aux modalités de signalement aux services de police ou de gendarmerie des personnes hospitalisées non identifiées ou décédées en milieu hospitalier dans l'anonymat.

Art. 41

Lettre DH-AF1 n° 316 du 2 juin 1998 relative à l'intervention des services de police dans un établissement public de santé.

Art. 43

L. 4121-1 et suiv. du Code du travail.
L. 4141-2 et suiv. du Code du travail.
L. 4612-1 et L. 4612-16 du Code du travail.

Art. 45

R. 123-51 du Code de la construction et de l'habitation.

Art. 46

L. 3511-7.
R. 3511-1 à R. 3511-8.
Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.
Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'État et les établissements public qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006.

Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.
Circulaire DGS/MC2 n° 2008-292 du 17 septembre 2008 relative aux modalités d'application de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
Circulaire DGS/MC2 n° 2007-370 du 9 octobre 2007 relative à l'entrée en vigueur de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.
Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

Art. 48

Circulaire n° 2719 du 17 novembre 1977 relative à la circulation et au stationnement des véhicules automobiles à l'intérieur des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 49

L. 325-12 du Code de la route.
R. 325-47 et suiv. du Code de la route.
Décret n° 72-824
du 6 septembre 1972 pour
l'application de l'Art. 3 de la loi
n° 70-1301 du 31 décembre 1970
relative à la mise en fourrière, à
l'aliénation et à la destruction de
véhicules terrestres, enlèvement
d'un véhicule laissé sans droit sur
des lieux publics ou privés où ne
s'applique pas le Code de la route.
Art. 122-7 du Code pénal.

Art. 51

L. 1110-8.
Article 175 de la loi n°2016-41 du 26
janvier 2016.

Art. 52

L. 6112-6.
Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998
d'orientation relative à la lutte
contre les exclusions.
Circulaire DGS n° 2007-430 du
7 décembre 2007 relative au
programme régional d'accès à
la prévention et aux soins des
personnes les plus démunies.

Art. 53

L. 6112-1 à L. 6112-3.
L. 1111-6.

Art. 54

L. 1112-2.
R. 1112-41.
Arrêté du 15 avril 2008 relatif au
contenu du livret d'accueil des
établissements de santé.

Art. 55

R. 1112-11.

Art. 56

R. 1112-24.
R. 1112-25.

Art. 57

L. 1112-1.
R. 1112-11.
Décret n° 2016-995 du 20 juillet
2016 relatif aux lettres de liaison.

Art. 59

R. 1112-13.

Art. 60

R. 1112-14.

Art. 63

L. 3121-2.
L. 3121-2-1.
Arrêté du 1er juillet 2015 relatif au
centres gratuits d'information, de
dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

Art. 65

L. 2111-1 à L. 2112-10.

Art. 66

L. 6141-3.

Art. 67

L. 6141-4.

Art. 68

L. 1411-1 et suiv.
Circulaire DHOS/02 n° 2003-285 du 13 juin 2003 relative à la création et au renforcement des consultations hospitalières de tabacologie.

Art. 69

L. 3311-1.
L. 1411-1 et suiv.

Art. 70

L. 1411-1 et suiv.
Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

Art. 71-72 et 73

R. 6121-2 et suiv.

Art. 74 HAD

L. 6125-2.
R. 6121-4-1.

Art. 75 et 76

L. 6154-1 à L. 6154-7.
L. 1111-3.
Article 138 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

Art. 76 bis

L. 1111-3-2

Art. 77

L. 3131-7.
R. 3131-4 et suiv.
Circulaire n° 2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

Art. 78

R. 4127-9.
Circulaire n° 335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins publics ou privé.
Circulaire DGCS/1A/2010/375 du 15 octobre 2010 relative aux mesures hivernales.

Art. 79

R. 1112-13.

Art. 80

R. 1112-15.

Art. 81

L. 1113-3.
R. 1113-5.

Art. 84

L. 1110-6.

Art. 86

R. 1112-34.
Circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

Art. 89

R. 1112-34.
R. 1112-36.

Art. 90

R. 1112-57.

Art. 91

L. 1111-4.

L. 1111-5.

Art. 92

L. 1111-5.

L.1111-5-1.

Article 7 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 93

L. 3211-10.

R. 1112-57.

R. 1112-64.

Art. 95

R. 1112-27.

Art. 96

R. 1112-28.

Art. 97

L. 2212-4.

L. 2212-7.

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975
relative à l'interruption volontaire
de grossesse.

Article 127 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 98

R. 1112-29.

Art. 99

L. 115 du Code des pensions
militaires.

R. 1112-2.

Art. 100

L. 3211-1 et suiv.

R. 3211-1 et suiv.

L. 3222-1 et suiv.

Art. 101

L. 1111-2.

L. 1111-4.

Art. 459 du Code civil.

Art. 102

Art. 459-1 du Code civil.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007.

Art. 103

Art. 53 et suiv.

du Code de procédure pénale.

Art. 62 et suiv.

du Code de procédure pénale.

Art. 81

du Code de procédure pénale.

Art. 151 à 155

du Code de procédure pénale.

Lettre DH-AF1 n° 316 du 2 juin 1998
relative à l'intervention des services
de police dans un établissement
public de santé.

Art. 105

L. 6141-5.

R. 6112-14 et suiv.

R. 1112-30 à R. 1112-33.

Art. 106

R. 6112-14 et suiv.

Art. 107

R. 1112-31.

Art. 108

R. 1112-33.

Art. 109

L. 3414-1.

L. 3423-1 et suiv.

Art. 112

Art. 44 et 105 de la loi n° 86-33 du
9 janvier 1986 portant dispositions
statutaires relatives à la fonction
publique hospitalière.

Art. 113

R. 6123-118 et suiv.

Art. 114

L. 1111-2 et suiv.

R. 1112-42.

Art. 115

R. 1112-2 et suiv.

Art. 116

L. 1110-4.

L. 1111-7.

L. 1111-18.

R. 1112-2 et s.

Article 189 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 117

R. 1112-2.

Art. 118

R. 1112-44.

R. 1112-45.

Art. 119

L. 1111-6.

Loi n° 2016-87 du 2 février 2016
créant de nouveaux droits en faveur
des malades et des personnes en
fin de vie.

Art. 120

R. 1112-6.

Art. 121

L. 1110-4.

R. 1112-45.

Article 96 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 122

L. 1111-8.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978
modifiée relative à l'informatique,
aux fichiers et aux libertés.

Article 58 de la loi n° 2016-1321
du 7 octobre 2016 pour une
République numérique.

Art. 123

L. 1142-4.

Art. 124

R. 1112-79 à R. 1112-94.

L. 1142-5 et suiv.

Art. 125

R. 1112-82.

Art. 127

L. 1112-3.

R. 1112-79 et suiv.

Article 183 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016
relatif à la commission des usagers
des établissements de santé.

Art. 128

L. 1114-1.

Art. 129 à 131

L. 1111-4.

R. 1112-62.

Article 8 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Loi n°2016-87 du 2 février 2016.

Art. 132

R. 1112-35.

L. 1111-4 et suiv.

Art. 133

L. 1111-2.

Art. 134

R. 1112-35.

Art. 135

L. 1110-5.

Art. 136

L. 1110-5.

Art. 137

L. 1110-8 et s.

Article 175 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 138

L. 1221-3.

D. 1221-1 et suiv.

Art. 139

L. 1221-7.

L. 1221-10. D. 1221-8.

Art. 140

R. 1112-5.

R. 1221-40 et suiv.

Art. 141

L. 1121-1 et suiv.

Art. 142

L. 1211-2 et suiv.

L. 1233-1.

Arrêté du 1^{er} avril 1997 portant
homologation des règles de bonnes
pratiques relatives au prélèvement
des tissus et au recueil des résidus
opératoires issus du corps humain
utilisés à des fins thérapeutiques.

Art. 143

L. 1231-1 et suiv.

L. 1232-1.

L. 1232-2.

L. 1234-3.

L. 1235-2.

Arrêté du 1^{er} avril 1997 portant
homologation des règles de bonnes
pratiques relatives au prélèvement
des tissus et au recueil des résidus
opératoires issus du corps humain
utilisés à des fins thérapeutiques.
Arrêté du 27 février 1998 portant
homologation des règles de bonnes
pratiques relatives au prélèvement
d'organes à finalité thérapeutique
sur personne décédée.

Décret n° 2016-1118
du 11 août 2016 relatif
aux modalités d'expression du refus
de prélèvement d'organes après
le décès.

Arrêté du 16 août 2016 portant
homologation des règles de bonnes
pratiques relatives à l'entretien
avec les proches en matière de
prélèvement d'organes et tissus.

Art. 144

L. 1211-2.

Art. 145

L. 1232-1 et suiv.

Art. 146

R. 1112-49.

R. 1112-50. R. 1112-52.

Art. 66 de la Constitution du
4 octobre 1958.

Art. 147

L. 1110-1 et suiv. Art. 9 du Code civil.

Art. 148

L. 1113-1 et suiv.

R. 1112-51.

R. 1113-2 et suiv.

Art. 150

R. 1112-56.

R. 1112-57.

Art. 151

R. 1112-46.

Circulaire n° 2006-538
du 20 décembre 2006.

Art. 151 bis

9 du Code civil.

226-1 Code pénal.

Art. 152

Décret n° 2007-839
du 11 mai 2007.

Décret n° 93-652
du 26 mars 1993.

Art. 154

R. 1112-47.

R. 1112-48.

Article 28 de la loi n°2016-41
du 26 janvier 2016.

Art. 156

L. 1110-11. L. 1112-5.

Circulaire n° 2004-471

Du 4 octobre 2004.

Art. 157

R. 1112-47.

Art. 159

R. 1112-47.

Art. 159 bis

L. 5122-2.

L. 5122-11.

Référentiel de certification de
l'activité d'information par
démarchage ou prospection visant à
la promotion des médicaments, HAS
2016/2017.

Art. 160

Loi du 9 décembre 1905 concernant
la séparation de l'Église et de l'État.
Constitution française du 4 octobre
1958. Avis du Conseil d'État,
mai 2000 (Mlle Marteaux), tribunal
administratif de Paris, 17 octobre
2002 (Mme E.).

Art. 161

L. 71 du Code électoral. Art. 75 du
Code civil.

Art. 162

Loi n° 78-753 du 17 juillet
1978 portant diverses mesures
d'amélioration des relations
entre l'administration et le public
et diverses dispositions d'ordre
administratif, social et fiscal.

Art. 164

R. 1112-51.

Art. 166

R. 1112-53.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007
portant réforme de la protection
juridique des majeurs.

Art. 167

Circulaire n° 40 du 9 octobre 1995 relative aux perturbations électromagnétiques engendrées par les téléphones mobiles cellulaires pour certains dispositifs médicaux.
R. 1112-54.

Art. 168

R. 1112-55.

Art. 169

R. 1112-48.

Art. 170

R. 1112-58.

L. 1112-1.

R. 1112-59.

R. 1112-60.

R. 1112-61.

R. 1112-67.

Article 95 de la loi n°2016-41

du 26 janvier 2016.

Décret n°2016-995

du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison.

Art. 172

R. 1112-62.

Art. 174

R. 1112-65.

Art. 175

R. 1112-49.

Art. 176

L. 1111-3.

L. 162-1-9

du Code de sécurité sociale.

Article 127 de la loi n°2016-41

du 26 janvier 2016.

Art. 176 bis

Art. 94 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

L. 1111-3-1.

Art. 177

Art. 178

L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Art. 179

R. 6145-4.

Art. 181

Art. 55 et suiv. du Code civil.

Loi n° 2016-1547

du 18 novembre 2016 de

modernisation de la justice du XXI^e siècle.

Art. 182

Art. 79-1 du Code civil. Circulaire

interministérielle DGCL/DACS/

DHOS/DGS/DGS/2009/182

du 19 juin 2009 relative à

l'enregistrement à l'état civil des

enfants décédés avant la déclaration

de naissance et de ceux pouvant

donner lieu à un acte d'enfant

sans vie, à la délivrance du livret

de famille, à la prise en charge des

corps des enfants décédés, des

enfants sans vie et des fœtus.

Arrêté du 20 août 2008 relatif

au modèle de certificat médical

d'accouchement en vue d'une

demande d'établissement d'un acte

d'enfant sans vie. Décret n° 2008-800

du 20 août 2008 relatif à l'application

du second alinéa de l'Art. 79-1 du

Code civil.

Art. 183

R. 1112-68.
Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/
SD1C/SD4A n° 2006-90 du
2 mars 2006 relative aux droits
des personnes hospitalisées et
comportant une charte de la
personne hospitalisée.

Art. 184

R. 1112-69.
Art. 80 du Code civil.
Décret n°2013-938
du 18 octobre 2013

Art. 185

Art. 80 du Code civil.
R. 1112-71.
R. 1112-72.

Art. 186

R. 1112-73.
Art. 81 du Code civil.
Art. 40 du Code de procédure
pénale.

Art. 187

L. 6111-5.
L. 2223-39.
R. 2223-93 du Code général des
collectivités territoriales.

Art. 188

Décret n°2011-121 du 28 janvier
2011 relatif aux opérations
funéraires R. 2223-76 du Code
général des collectivités territoriales.
R. 2213-7 à R. 2213-9 et R. 2213-11
du Code général des collectivités
territoriales.

Art. 189

Décret n°2011-121 du 28 janvier
2011 relatif aux opérations
funéraires R. 2213-7 à R. 2213-13
du Code général des collectivités
territoriales.

Art. 190

R. 2213-15 à R. 2213-29 du Code
général des collectivités territoriales.

Art. 191

R. 1112-75.
R. 1112-16.
Loi du 15 novembre 1887 sur la
liberté des funérailles modifiée.
R. 2223-71 du Code général des
collectivités territoriales.

Art. 192

Art. 79-1 du Code civil R. 1112-72
et suiv. Circulaire interministérielle
DGCL/DACS/DHOS/DGS/
DGS/2009/182 du 19 juin 2009
relative à l'enregistrement à l'état
civil des enfants décédés avant
la déclaration de naissance et de
ceux pouvant donner lieu à un acte
d'enfant sans vie, à la délivrance du
livret de famille, à la prise en charge
des corps des enfants décédés, des
enfants sans vie et des foetus.

Art. 193

R. 2213-13 du Code général des
collectivités territoriales.

Art. 194

L. 1113-6.
L. 1113-7.
L. 6145-12.

Art. 195

Loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 modifiant le titre VI du livre III du Code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire.

Art. 196

Art. 909 et 910 du Code civil. Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles.

Art. 197

L. 1110-8.

Art. 200

R. 131-1 et suiv. du Code de l'action sociale et des familles.

Art. 201

L. 1111-3.

Art. 202

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

Art. 212

R. 1112-56.

Art. 214

R. 1112-49.

Art. 215

R. 1112-62.

Art. 216

Art. 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 217

L.1110-4.

L. 3113-1.

L. 2132-1 et suiv.

L. 3212-1.

L. 3212-4.

Art. 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Art. 55 et 78 du Code civil.

L. 441-6, L. 461-5 et L. 461-6 du

Code de la sécurité sociale. Art. 40 du Code de procédure pénale.

Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics

Article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

Décret n° 2016-1349

du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

Art. 218

Art. 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 218 bis

R. 1110-1.

R. 1112-7.

Art. 220

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

Art. 221

Art. 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 222

L. 1431-2.

Art. 223

Art. 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 224

Art. 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 225

Art. 47 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 226

L. 6112-1.
R. 6111-2.
R. 6134-4.

Art. 227

Art. 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Art. 229

R. 1221-49 et suiv.
R. 5212-4.
Décret n° 2006-99 du 1^{er} février 2006 relatif à l'établissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Art. 233

R. 1112-51.
R. 1113-2.

Art. 234

L. 4612-1.
Article 28 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

Art. 237

R. 1112-42.

Art. 239

Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'Art. L. 792 du Code de la santé publique.

Art. 240

R. 6146-9-1.

Art. 241

L. 6144-6.

Art. 242

Art. 96, 97 et 98 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
Décret n° 86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'Art. 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Art. 243

L. 6143-7.
L. 6143-4.

- A -

Accès

- Des agents commerciaux :
art. 159 bis
- Conditions d'accès : art. 34, 163
- Des étudiants : art. 30
- reconduite à la sortie :
art. 34, 35, 79
- restrictions : art. 153

Accidents médicaux :

art. 123, 124, 229

Accompagnants (lits d') :

art. 180

Accompagnants privés :

art. 158

Accueil :

art. 5, 48, 53, 54, 79, 127, 199

Accueil thérapeutique :

art. 100

Activité libérale :

art. 75, 76

Activités privées lucratives (interdiction) :

art. 224

Admission :

art. 55, 56, 57, 58, 59, 60, 76, 79, 81

Admission des personnes atteintes

de troubles mentaux :

art. 100

Admission des détenus :

art. 107

Admission dans les unités de soins

de longue durée :

art. 198, 200

Admission des agents AP-HP :

art. 112

AGEPS :

art. 31

Aggravation de l'état de santé :

art. 80

Alternatives à l'hospitalisation :

art. 71

Animaux :

art. 34, 169

Antipoison (centre) :

art. 67

Argent de poche :

art. 209

Armes :

art. 34

Assiduité et ponctualité :

art. 232

Associations de bénévoles :
art. 156

Audition :
art. 230

Autopsie :
art. 143, 144

Autorité judiciaire :
art. 40, 109, 186

Autorité parentale :
art. 116, 121, 129, 132, 134, 140, 141,
143, 145

Autorités de police :
art. 34, 41, 82, 103, 230

Avantages en nature et en espèces :
art. 225

- B -

Bénévoles :
art. 217, 237

Bien-traitance :
art. 222

Bruit :
art. 147, 154, 236

- C -

Carte professionnelle :
art. 237

Carte nationale d'identité :
art. 56

Centre gratuit, d'information, de
dépistage et de diagnostic (CeGIDD) :
art. 63

Chambre funéraire :
art. 188

Chambre mortuaire (amphithéâtre) :
art. 187, 191

Chefs de service :
art. 12

Circonstances exceptionnelles :
art. 42

Circulation et stationnement à l'hôpital :
art. 42, 47, 48, 49

Clichés d'imagerie médicale :
art. 117

Commission médicale d'établissement :
art. 3

CMU :
art. 94

Comité de la recherche en matière biomédicale et santé publique :
art. 15, 27

Comité exécutif :
art. 8, 9, 10, 24

Commission centrale de concertation avec les usagers :
art. 4, 126

Commission des usagers locale :
art. 124, 127

Communication du dossier médical :
art. 115, 116

Confidentialité :
art. 29

Congés :
art. 19

Conseil de surveillance :
art. 2, 76, 128, 160, 243

Consentement :

- aux soins : art. 91, 129, 130
- recherche (du) : art. 144

Consultations :

- externes : art. 61, 62, 115
- de tabacologie : art. 68
- d'alcoologie : art. 69
- de dépistage du cancer du sein : art. 70

Contrat de DMU :
art. 11

Continuité du service et personnel médical : art. 5, 19

Contrôle médical (Sécurité Sociale) :
art. 113

Courrier :
art. 117, 166, 173

Crimes et délits :
art. 40, 217

Cultes :
art. 151

- D -

Dégradations :
art. 146, 231

Délégation de signature :
art. 11

Démarchage :
art. 159

Départements médico-universitaires (DMU)
art. 10, 11, 12, 13, 14

Dépistage du VIH :
art. 63, 65

Dépôts :

- à l'admission : art. 81, 211
- inventaire au décès : art. 185, 194
- dépôt par l'intermédiaire des personnels : art. 102

Désintéressement :
art. 223

Détenus :
art. 105, 106, 107, 108

Directeur (attributions) :
art. 6

Directeur général :
art. 2

Directeur médical de DMU :
art. 10, 11, 12, 13, 14, 217, 240

Directoire :
art. 2, 10, 243

Dispensaire IST :
art. 63

Dispositions testamentaires :
art. 196

Domicile :
art. 81, 113, 152, 173, 183, 189, 210

Don :

- d'organes, produits et éléments du corps humain : art. 143
- du sang : art. 138
- du corps : art. 193

Dossier médical :
art. 41, 115, 116, 117, 125, 140, 172, 173

Douleur :
art. 4, 5, 136

Droits civiques :
art. 161

Droit d'expression directe et collective :
art. 241

Droit syndical :
art. 242

- E -

Etudiants :

- hospitaliers : art. 21
- des écoles paramédicales : art. 25

Effets personnels :
art. 165

Évacués sanitaires :
art. 110

Expulsion du visiteur :
art. 154

- F -

Fédérations :
art. 15

Forfait journalier :
art. 112, 178, 213

Formation des personnels :
art. 226

Fouille :
art. 36

Frais de séjour :
art. 79, 178, 179, 188, 200

Funérailles (liberté des) :
art. 196

- G -

Garde médicale :
art. 17

Garde de pharmacie :
art. 17

Garde technique :
art. 44

Gardés à vue :
art. 103, 104

Grefe d'organes :
art. 143

- H -

Horaires de travail :
art. 239

Hospitalisation à domicile :
art. 74

- I -

Identification des personnels :
art. 237

Identité visuelle :

art. 238

Incendie :
art. 45

Infections nosocomiales :
art. 4, 123, 124, 229

Information :

- des familles : art. 80
- du patient : art. 23, 114

Inhumation :
art. 190, 191, 192

Instances représentatives :

- centrales : art. 3, 243
- locales : art. 8, 244

Interdiction de fumer :
art. 46, 154, 234

Internes :
art. 20, 30

Interruption volontaire de grossesse :
art. 97

Interventions invasives :
art. 20

Intimité :
art. 147, 202, 210

Inventaire à l'admission :
art. 81

Infections sexuellement
transmissibles (IST) :
art. 63, 217

Ivresse sur la voie publique :
art. 82

- L -

Laïcité :
art. 160

Liberté de conscience et d'opinion :
art. 219

Libre choix :

- des familles : art. 221
- du patient : art. 51

Linge personnel :
art. 165, 200

Livret d'accueil :
art. 54, 127, 163, 198

- M -

Majeur sous tutelle :
art. 101, 102

Malades amenés par la police :
art. 82

Malades atteints de troubles mentaux :
art. 100

Mariage :
art. 161

Maternité (admission) :
art. 95

Médecin traitant :
art. 120

Médiateurs :
art. 125

Militaires :
art. 98

Mineurs :

- admission : art. 86
- admission en urgence : art. 87
- consultations : art. 85
- sortie à l'insu du service : art. 172
- intervention médicale :
art. 88, 132, 134
- permissions de sortie : art. 90
- refus de soins : art. 91
- relevant de l'Aide sociale à
l'enfance : art. 89
- scolarisation : art. 84
- soins confidentiels : art. 92
- sortie : art. 93

Mise en bière :
art. 188, 189, 190

Mort violente ou suspecte :
art. 186

- N -

Naissance :

- déclaration : art. 181
- déclaration spécifique aux enfants
décédés dans la période périnatale :
art. 182

Neutralité (du service public) :
art. 160

Notaire :
art. 196

Nouveau-nés (sortie) :
art. 174

Nuisances :
art. 147

- O -

Objets abandonnés :
art. 194

Obligation de signalement :
art. 229

Organisation hospitalo-universitaire :
art. 10, 26, 27, 28, 29, 30

Opérations funéraires :
art. 191, 192

Opérateurs funéraires :
art. 195

- P -

Personne de confiance :
art. 119

Personnels de sécurité :
art. 36

Personnels soignants :
art. 154

Permission de sortie :
art. 150, 170, 171, 172, 173, 175

Photographes :
art. 157

Placement familial :
art. 101

Plan blanc :
art. 77

Plan blanc élargi :
art. 77

PMI :
art. 65

Police :
art. 82, 103, 104, 108

Pôles d'intérêt commun :
art. 1

Pompes funèbres :
art. 191

Pourboires :
art. 164

Pratiques religieuses :
art. 151

Prélèvements : art. 129

- à des fins scientifiques :
art. 145
- sur personnes décédées :
art. 141, 142, 143
- sur une personne vivante :
art. 141, 142, 143

Presse :
art. 157

Prestataires de service :
art. 163

Produits sanguins labiles :
art. 139

Projet de soins et projet de vie :
art. 203

Protection maternelle et infantile :
art. 65

Protection des personnels :
art. 39

Pharmacie à usage intérieur (PUI) :
art. 16

- R -

Recherches biomédicales :
art. 141

Réclamations et voies de recours :
art. 124

Refus des soins :
art. 131

Registre de sécurité anti-incendie :
art. 45

Règlement intérieur :
art. 243, 244, 245

Règles d'hygiène et de sécurité :
art. 234

Relations avec les familles :
art. 118

Repas :
art. 149, 180

Représentants des usagers :
art. 128

Respect de la personne :
art. 147

Responsable :

- de DMU : art. 11, 12
- de structure interne : art. 12

- S -

Sang :
art. 138

Secret :

- médical : art. 37, 41, 121
- de grossesse et naissance : art. 96
- de l'hospitalisation : art. 80, 121

Secret professionnel :
art. 217

Sécurité (règles de) :
art. 32, 33, 34

Sécurité générale :
art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42

Sécurité transfusionnelle :
art. 140

Séjour du patient :
art. 146

Service social hospitalier :
art. 152

Signalement (accidents médicaux) :
art. 229

Signalisation :
art. 49

Signes d'appartenance religieuse :
art. 160

Soins palliatifs :
art. 137

Soins de suite, de réadaptation :
art. 113

Soins infirmiers, de rééducation
et médico-techniques :
art. 24

Sortie :

- à l'insu de l'unité de soins : art. 173
- contre avis médical : art. 172
- disciplinaire : art. 175

Stagiaires :
art. 25, 155

Stationnement dans l'hôpital :
art. 47, 48, 49, 50

Système d'information :
art. 218 bis

- T -

Tarifs :
art. 62, 177, 178

Téléphone et micro informatique :
art. 167

Téléviseurs :
art. 168

Témoignage en justice :
art. 230

Tenue des personnels :
art. 235, 237

Testament :
art. 196

Toxicomanie :
art. 66, 109

Traitements automatisés des données
à caractère personnel :
art. 122

Transfert :
art. 60

Transfert de malade en unité de soins
de suite et de réadaptation :
art. 170, 175

Transfusion sanguine :
art. 138, 139, 140

Transport de corps :
art. 187, 188, 189, 190, 193

Tutoiement :
art. 147

Visiteurs médicaux :
art. 159 bis

Voirie hospitalière :
art. 47

- U -

Urgences :

- accueil-admission : art. 79
- intervention à proximité de l'hôpital : art. 78
- majeurs protégés : art. 102
- mineurs : art. 87
- plan blanc : art. 77
- plan d'accueil : art. 19, 77

- V -

Vie privée :
art. 151 bis

Vidéo surveillance :
art. 37

Vigilance sanitaire :
art. 229

Visites :
art. 29, 71, 147, 153, 154, 156, 160

ASSISTANCE
PUBLIQUE



HÔPITAUX
DE PARIS



www.ap-hopi.fr