



LES GUIDES  
DE L'AP-HP



RÈGLEMENT  
INTÉRIEUR  
DE L'AP-HP

DÉCEMBRE

2024



**RÈGLEMENT**

**INTÉRIEUR**

DE L'ASSISTANCE

PUBLIQUE-

HÔPITAUX DE PARIS



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

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 oeuvre 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 coeur 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 hospitalouniversitaire », 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 17 décembre 2024.



# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>7</b>
-----------------------	----------

<b>1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....	<b>9</b>
---	----------

<b>SECTION 1. L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS</b> .....	10
---	----

<b>SECTION 2. DIRECTION ET INSTANCES REPRÉSENTATIVES LOCALES</b> .....	15
--	----

<b>SECTION 3. ORGANISATION DES SOINS</b> .....	16
--	----

<b>SECTION 4. ORGANISATION HOSPITALO-UNIVERSITAIRE</b> .....	29
--	----

<b>SECTION 5. AGENCE GÉNÉRALE DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ (AGPS)</b> .....	31
---	----

<b>SECTION 6. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET À L'HYGIÈNE</b> .....	32
---	----

<b>2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSULTATIONS, À L'ADMISSION, AU SÉJOUR ET À LA SORTIE DU PATIENT</b>	<b>43</b>
---	-----------

<b>SECTION 1 ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION DES PATIENTS</b> .....	44
--	----

<b>SECTION 2 ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE</b> .....	53
--	----

<b>SECTION 3 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS PATIENTS</b> .....	57
---	----

<b>SECTION 4 SOINS ET INFORMATION SUR LES SOINS</b> ..	70
--	----

<b>SECTION 5 CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT AU SEIN DU GROUPE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE</b>	90
--	----

<b>SECTION 6 SORTIE DES PATIENTS</b> .....	102
--	-----

<b>SECTION 7 FRAIS DE SÉJOUR</b> .....	105
--	-----

<b>SECTION 8 DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET AUX DÉCÈS</b> .....	108
---	-----



<b><u>3 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) ET UNITÉS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (UHP AD)</u></b> .....	<b>117</b>
PRÉAMBULE.....	118
<b>SECTION 1</b> ACCUEIL ET ADMISSION DES PATIENTS	119
<b>SECTION 2</b> VIE DU PATIENT AU SEIN DES STRUCTURES MÉDICALES ASSURANT DES SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) ET UNITÉS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (UHPAD) .....	121
<b><u>4-DISPOSITIONS RELATIVES AU PERSONNEL</u></b> .....	<b>126</b>
<b>SECTION 1</b> PRINCIPES FONDAMENTAUX LIÉS AU RESPECT DU PATIENT .....	127
<b>SECTION 2</b> PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE .....	130
<b>SECTION 3</b> EXPRESSION DES PERSONNELS .....	136
<b><u>5 -DISPOSITIONS FINALES</u></b> .....	<b>138</b>
<b>SECTION 1</b> PROCÉDURE D'ADOPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR .....	139
<b>SECTION 2</b> MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR .....	140
<b><u>ANNEXES</u></b> .....	<b>144</b>
<b><u>RÉFÉRENCES</u></b> .....	<b>315</b>
<b><u>INDEX</u></b> .....	<b>330</b>



PARTIE 1

# DISPOSITIONS GÉNÉRALES

<a href="#">SECTION 1</a> .....	10
L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS	
<a href="#">SECTION 2</a> .....	15
DIRECTION ET INSTANCES REPRÉSENTATIVES LOCALES	
<a href="#">SECTION 3</a> .....	16
ORGANISATION DES SOINS	
<a href="#">SECTION 4</a> .....	29
ORGANISATION HOSPITALO-UNIVERSITAIRE	
<a href="#">SECTION 5</a> .....	31
AGENCE GÉNÉRALE DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS DE SANTÉ (AGEPS)	
<a href="#">SECTION 6</a> .....	32
DISPOSITIONS RELATIVES À LA SÉCURITÉ ET À L'HYGIÈNE	

# 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 55 Boulevard Diderot, à Paris (12e).

Elle est constituée des groupes hospitalo-universitaires et hôpitaux suivants :

- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Centre – Université Paris Cité regroupant les hôpitaux suivants : Cochin, Broca, la Collégiale, Hôtel-Dieu, Hôpital européen Georges-Pompidou, Corentin-Celton, Vaugirard – Gabriel Pallez, Necker – Enfants malades,
- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Sorbonne Université, regroupant les hôpitaux suivants : Pitié-Salpêtrière, Charles-Foix, Saint-Antoine, Tenon, Armand-Trousseau, Rothschild, La Roche-Guyon,
- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Nord – Université Paris Cité, regroupant les hôpitaux suivants : Saint-Louis, Lariboisière, Fernand-Widal, Bichat, Beaujon, Louis-Mourier, Robert-Debré, Bretonneau, Paul Doumer,
- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP.Université Paris Saclay, regroupant les hôpitaux suivants : Raymond-Poincaré, Berck, Ambroise-Paré, Sainte-Périne, Bicêtre, Paul-Brousse, Antoine-Béclère,
- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis, regroupant les hôpitaux suivants : Avicenne, Jean-Verdier, René-Muret,
- ▶ Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor regroupant les hôpitaux suivants : Henri-Mondor, Albert-Chenevier, Emile-Roux, Dupuytren, Georges-Clémenceau,
- ▶ L'hôpital Marin à Hendaye (Pyrénées-Atlantiques)
- ▶ L'hôpital San Salvador à Hyères (Var)
- ▶ L'hospitalisation à domicile.

## **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 premier vice-président du directoire. Il coordonne, avec le directeur général, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, proposé par la commission médicale d'établissement et assure le suivi de sa

mise en œuvre. Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris.

Il est chargé, conjointement avec le directeur général, de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions.

Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Le directoire approuve le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il prépare sur cette base le projet d'établissement. Il conseille le directeur général dans la gestion et la conduite de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris.

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. Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'AP-HP.

### **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 social d'établissement central dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 6** 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'ÀUX 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 8** 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 7** 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 directeurial. Il a autorité sur l'ensemble du personnel du groupe hospitalo-universitaire 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 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 social d'établissement local ;

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 7 et 8** 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.

# **SECTION 3. 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, la pertinence 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 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.

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 décision conjointe du directeur général, du président de la CME, après avis du président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France concertation avec le directoire et avis de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement central, sur proposition conjointe du directeur de GHU et du PCMEL après concertation avec le comité exécutif, avis du directeur de l'UFR médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, de la CMEL et du comité social d'établissement local.

Les DMU sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire directeur médical de DMU. Ils sont dotés d'un projet de DMU et d'une charte de fonctionnement de DMU, dont les contenus sont précisés à **l'annexe 16** du présent règlement intérieur.

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

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 oeuvre des projets de recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement, en lien avec le projet de DMU.

Les responsables des services médicaux et médico-techniques sont dotés des outils permettant un dialogue de gestion, notamment sur les ressources qui sont affectées spécifiquement à leur service.

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 et les unités fonctionnelles sont créés, modifiés ou supprimés par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, après concertation avec le comité exécutif et avis de la commission médicale d'établissement locale et du comité social d'établissement local sur proposition du directeur de DMU.

Lorsque les modifications affectant les unités fonctionnelles de service sont dépourvues d'effet sur le périmètre d'activité du service auquel elles appartiennent, elles sont effectuées par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, la commission médicale d'établissement locale et le comité social d'établissement local en étant informés.

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.

**IV.** Les principes essentiels de l'organisation en DMU et en services et de leurs règles de fonctionnement figurent à **l'annexe 16** du présent règlement intérieur.

## **ART. 11 MISSIONS, NOMINATION ET FIN DE FONCTION DU DIRECTEUR MÉDICAL DE DMU**

**I.** Le directeur médical du DMU met en œuvre la politique de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au DMU. Sans préjudice des missions des chefs de service 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 (unités fonctionnelles de DMU et unités fonctionnelles de service) prévues par le projet de DMU.

Le directeur médical de DMU organise, sans préjudice des missions des chefs de service, la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du DMU.

**II.** Le directeur médical de DMU dispose d'une délégation de gestion, et le cas échéant, dans des conditions prévues par le contrat de DMU défini au III, d'une délégation de signature du directeur de groupe hospitalo-universitaire. Il peut déléguer sa signature aux chefs de service pour la mise en œuvre du contrat de DMU.

Il est assisté dans ses fonctions :

- par un comité exécutif de DMU, constitué sous une forme collégiale, dont les modalités de nomination, de composition et de fonctionnement sont précisées à **l'annexe 16** ;
- par des instances de concertation propres au DMU : un bureau et un conseil de DMU, dont les modalités de nomination, de composition et de fonctionnement sont précisées à **l'annexe 16** ;
- 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 sur proposition du directeur médical de DMU. Si le DMU comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

**III.** Un contrat de DMU est signé conjointement par le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France et chaque directeur médical de DMU pour une durée de quatre ans sur proposition conjointe du directeur de

GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. La commission médicale d'établissement locale et le comité social d'établissement local en sont informés.

Le contrat de DMU définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que de management 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, en association avec les chefs de service et les cadres de santé, élabore un projet de DMU qui définit, sur la base du contrat de DMU, les missions et les responsabilités confiées aux services et unités fonctionnelles, ainsi que l'organisation mise en oeuvre 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.

- IV.** Dans les six premiers mois suivant la nomination des membres de la gouvernance du DMU, le directeur médical de DMU, les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle du DMU ainsi que les cadres de santé des services et des unités fonctionnelles de DMU rédigent une charte de fonctionnement de DMU. Celle-ci décrit les grands principes d'organisation et de fonctionnement du DMU ainsi que les modalités de répartition des responsabilités et des ressources entre le DMU et ses structures médicales internes.

Elle précise les délégations de gestion des directeurs médicaux de DMU aux chefs de service, la répartition des missions entre le comité exécutif du DMU et les binômes chef de service – cadre de santé, ainsi que les modalités d'animation du DMU. Sa mise en oeuvre est évaluée annuellement par le directeur du GHU, le PCMEL et le directeur de l'UFR concernée.

Les responsables des structures internes du DMU signent la charte avec l'exécutif du DMU.

- V.** Le directeur médical de DMU est nommé par décision conjointe du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement et du, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France vice-président doyen du directoire, sur proposition conjointe du directeur de GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale pour une durée de quatre ans renouvelable une fois.

Les nominations aux fonctions de directeur médical de DMU respectent les objectifs de nominations équilibrées femmes-hommes prévus par la loi. Cet équilibre des nominations s'évalue à l'échelle de l'AP HP.

- VI.** Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de directeur médical de DMU par décision conjointe du directeur général et du président de

la commission médicale d'établissement, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France vice-président doyen du directoire.

## **ART. 12 MISSIONS, NOMINATION ET FIN DE FONCTION DES CHEFS DE SERVICE ET DES RESPONSABLES D'UNITÉ FONCTIONNELLE**

I. Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en oeuvre 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 sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution interne du groupe hospitalier universitaire.

II. Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle, en conformité avec le contrat et le projet de DMU et la charte 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 oeuvre pour développer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ainsi que la répartition du temps médical au sein de l'équipe.

III. Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle sont nommés, pour une durée de quatre ans renouvelable, par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU 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, pharmaceutique ou odontologique.

Le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement peuvent respectivement déléguer au directeur du groupe hospitalo-universitaire et au président de la commission médicale d'établissement locale concernés la décision de nomination des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle.

Dans ce cas, la nomination s'effectue sur décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale après avis du directeur médical de DMU et du direc-

teur de l'unité de formation et de recherche médicale concernés.

Toutefois, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement, lorsqu'ils le jugent opportun, peuvent toujours prendre eux-mêmes, conjointement, les décisions comprises dans les délégations qu'ils ont accordées.

- IV.** Une procédure d'appel à candidatures, ouverte aux praticiens de l'AP-HP, est mise en place pour la nomination des chefs de service et responsables d'unités fonctionnelles de DMU.

Elle peut être ouverte à des praticiens extérieurs à l'AP-HP à l'initiative conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie ou sur demande conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement et du vice-président doyen du directoire.

Elle donne lieu à publication préalable sur le site internet de l'AP-HP des fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU à pourvoir, ainsi que des conditions requises pour la présentation des candidatures.

Cette publication a lieu également pour le renouvellement des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU.

La CME et les CMEL sont informées annuellement de la liste des chefs de service et des dates de fin de leurs mandats.

- V.** La décision de nomination des chefs de service est prise après l'avis d'une commission des nominations dans les trois cas suivants :

- › Pour les premières nominations,
- › Pour les renouvellements des chefs de service ayant effectué au moins deux mandats,
- › En cas de pluralité de candidatures.

Cette commission est réunie conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et par le président de la commission médicale d'établissement locale. Elle peut également être constituée et réunie conjointement par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement si ces derniers le jugent opportun.

Dans le premier cas, elle est notamment composée du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président et du vice-président de la commission

médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée et du directeur médical de DMU, du président de la CVHL sous-commission « Vie hospitalière » de la commission médicale d'établissement locale, du directeur des affaires médicales du groupe hospitalo-universitaire, du directeur du site et du représentant médical du ou des sites hospitaliers concernés.

La composition de la commission des nominations est adaptée s'agissant de l'hospitalisation à domicile, des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire et de l'Agence générale des équipements et produits de santé. Elle comprend le cas échéant des membres extérieurs respectivement à l'HAD, à l'hôpital ou à l'AGEPS.

- VI.** En cas de candidatures multiples, la commission des nominations procède à une présélection des candidats et les auditionne.
- VII.** Les nominations aux fonctions de chefs de service respectent les objectifs de nominations équilibrées femmes-hommes prévus par la loi. Cet équilibre des nominations s'évalue à l'échelle de l'AP HP.
- VIII.** Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis conjoint du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie et du directeur médical de DMU ou sur sa proposition.

## **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, le président de la CME et le président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France peuvent désigner conjointement un praticien de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions 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 et le président de la CME locale peuvent désigner conjointement un praticien de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions, 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

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.

## **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 3e 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, médico- techniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur for-

mation. 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 post-universitaires, 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 unités 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 po-

lice 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 1er et 2e cycles, ainsi, le cas échéant, que les étudiants de 1er ou 2e 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 3e 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 social d'établissement local et d'une formation spécialisée locale.

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

Le directeur général de l'AP-HP fixe les orientations et la stratégie en matière de sécurité générale.

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.

Chaque site du groupe hospitalo-universitaire est doté d'un plan de sécurisation d'établissement (PSE).

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, à des facteurs naturels ou à des actions malveillantes.

### **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, leur outil de travail, le patrimoine hospitalier, son environnement et sa réputation.

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, de ses représentants, et en particulier des responsables de sécurité générale du groupe hospitalo-universitaire.

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 au regard des circonstances ou en application des plans gouvernementaux relatifs à la sécurité nationale et à la protection de la population.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories de personne ou qui ne se conforme pas aux mesures de sécurité imposées par les mesures de contrôle d'accès, 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. En cas d'infraction, il est fait appel à un agent de la force publique ou à un agent assermenté.

## **ART. 36 PERSONNELS DE SÉCURITÉ GÉNÉRALE**

Les personnels assurant la sécurité générale, quel que soit leur statut, 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).

En dehors du cas de péril grave et imminent, 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 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.

Les agents prestataires de sécurité sont soumis au strict respect des dispositions du code de la sécurité intérieure régissant les activités privées de sécurité. Ils peuvent, dans ce cadre, procéder à l'inspection visuelle des sacs et bagages et, avec le consentement de leur propriétaire, à leur fouille.

## **ART. 37 MATÉRIELS DE SÉCURITÉ GÉNÉRALE DE VIDÉOPROTECTION**

Les dispositifs de vidéoprotection et de vidéosurveillance sont mis en oeuvre conformément au plan de sécurisation d'établissement (PSE) et dans le respect de la réglementation en vigueur, en particulier aux dispositions du code de la sécurité intérieure, ainsi que de la loi Informatique et Libertés et du Règlement (UE) 2016/679 sur la protection des données (le « RGPD »).

Les dispositifs de vidéoprotection filment la voie publique et les lieux ouverts au public tandis que les dispositifs de vidéosurveillance filment les lieux non ouverts au public (certains services d'hôpitaux le cas échéant).

La vidéoprotection est mise en place afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens. La vidéosurveillance est mise en place afin d'assurer le suivi de l'état de santé d'un patient (à la suite de l'administration d'un traitement ou d'une prise en charge conduisant à un risque vital notamment).

Les instances représentatives du personnel sont, dans toutes les circonstances, consultées avant la décision d'installation des caméras de vidéoprotection dans l'enceinte de l'hôpital.

Les usagers et le personnel sont notamment informés de façon visible de l'utilisation de ces dispositifs, de leurs finalités, ou encore de leur droit d'accès et de la possibilité de se rapprocher du service concerné ou de la DPO de l'AP-HP pour recevoir les explications qu'ils jugent nécessaires.

## **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 des personnels hospitaliers.

L'Assistance publique - hôpitaux de Paris est tenue de protéger ses agents contre les atteintes volontaires à l'intégrité des personnes, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont ils pourraient être victimes sans qu'une faute personnelle puisse leur être imputée.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes d'infractions peuvent porter plainte en leur nom personnel. Sur leur demande, elles sont accompagnées dans les locaux de police ou de gendarmerie par un responsable de sécurité générale.

Le directeur ou son représentant porte plainte selon les dispositions prévues par les textes.

## **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 SERVICES DE POLICE ET DE GENDARMERIE**

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités locales de police ou de gendarmerie. Le directeur détermine les conditions des demandes d'intervention par le responsable de sécurité générale.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur du groupe hospitalo-universitaire facilite l'enquête et la coopération avec les services de police judiciaire dûment mandatés.

Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute réquisition 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.

La formation spécialisée du comité social d'établissement local en est informée 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 social d'établissement 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

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du groupe hospitalo-universitaire.

Une signalisation apparente y rappelle le principe de cette interdiction.

*(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.)*

A 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.

## **ART. 46 BIS LE VAPOTAGE**

Le vapotage est interdit au sein des structures destinées à l'hébergement des mineurs.

Il est autorisé dans les locaux qui accueillent du public, à l'exception des salles d'attente, des lieux de restauration et de tous autres lieux fermés peu ventilés, ainsi que dans les espaces extérieurs au sein de l'enceinte hospitalière.

Les usagers peuvent vapoter dans les chambres individuelles des patients ainsi que dans les chambres partagées avec un autre patient qui vapote.

Ils ne doivent en revanche pas vapoter dans les chambres en présence des personnels.

Les personnels peuvent vapoter dans les locaux constituant des postes de travail, fermés et couverts et affectés à un usage individuel.

Dans tous les cas, la pratique du vapotage doit s'accorder avec le bien être des autres personnes : nuage réduit et parfum discret, notamment.

## **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 »).

Les dispositions générales du code de la route s'appliquent dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire, dans les conditions de mise en œuvre relevant du pouvoir de police du directeur du groupe hospitalo-universitaire. Le non-respect de ces règles est sanctionné dans les conditions de **l'article 49**.

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 usagers de la voirie hospitalière sont tenus de s'y conformer.

En cas de non-respect des dispositions prévues par les **articles 47 et 48** du présent règlement, les agents de la force publique et les agents assermentés peuvent procéder au relevé de l'infraction. Il pourra être procédé à l'enlèvement ou à l'immobilisation du véhicule et à la suppression des autorisations de stationnement dans l'enceinte du groupe hospitalo-universitaire.

L'attention des usagers de la voirie hospitalière 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...).



**PARTIE 2**

**DISPOSITIONS RELATIVES  
AUX CONSULTATIONS,  
À L'ADMISSION, AU SÉJOUR  
ET À LA SORTIE  
DU PATIENT**

<a href="#">SECTION 1</a> .....	<b>44</b>
ACCUEIL, CONSULTATION ET ADMISSION DES PATIENTS	
<a href="#">SECTION 2</a> .....	<b>53</b>
ACCUEIL ET ADMISSION EN URGENCE	
<a href="#">SECTION 3</a> .....	<b>57</b>
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS PATIENTS	
<a href="#">SECTION 4</a> .....	<b>70</b>
SOINS ET INFORMATION SUR LES SOINS	
<a href="#">SECTION 5</a> .....	<b>90</b>
CONDITIONS DE SÉJOUR DU PATIENT AU SEIN DU GROUPE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE	
<a href="#">SECTION 6</a> .....	<b>102</b>
SORTIE DES PATIENTS	
<a href="#">SECTION 7</a> .....	<b>105</b>
FRAIS DE SÉJOUR	
<a href="#">SECTION 8</a> .....	<b>108</b>
DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES ET AUX DÉCÈS	

# 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'in-terne 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. Une préadmission peut être réalisée en ligne sur le site internet de l'AP-HP (rubrique Espace patient sur <https://www.aphp.fr/>) ou en présentiel au bureau des admissions.

## **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 du 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**.

## **1.3 Bis Alternatives à l'hospitalisation**

### **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. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

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**

Les praticiens statutaires exerçant au minimum huit demi-journées par semaine 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 et de la charte de l'activité libérale de l'AP-HP, sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement des missions de l'établissement et du service public hospitalier.

Leur activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques si des actes de même nature sont également réalisés au titre de leur activité publique.

### **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, 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 DE GESTION DES TENSIONS HOSPITALIÈRES ET DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES**

L'Assistance publique - hôpitaux de Paris est dotée d'un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles organisé en deux niveaux.

Il comprend un premier niveau (« Plan de mobilisation interne ») pour la réponse à des situations ayant a priori un impact limité sur l'offre de soins telles que les épidémies hivernales et un second niveau (« plan blanc ») pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ayant un impact majeur sur l'établissement et nécessitant une mobilisation de toutes ses capacités.

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.

### **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 DES MINEURS**

Sous réserve des dispositions de **l'article 92** du présent règlement intérieur, l'accueil en consultation doit se faire en principe en présence du ou des titulaires de l'autorité parentale du patient mineur.

Cependant lorsqu'un mineur 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 ET PRISE EN CHARGE DANS LES UNITÉS PÉDIATRIQUES

Les structures médicales pédiatriques prennent en charge les patients mineurs. A titre exceptionnel et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins, elles peuvent prendre en charge des jeunes patients au-delà de 18 ans lorsque leur état de santé le justifie.

Conformément à la réglementation :

- ▶ A titre exceptionnel, en fonction des besoins de prise en charge, les unités de médecine adultes peuvent accueillir des patients mineurs âgés de seize à dix-huit ans.
- ▶ Les unités de chirurgie pédiatrique prennent en charge les enfants de moins de quinze ans ;  
Elles peuvent toutefois en cas de besoin prendre en charge des enfants entre quinze et dix-huit ans.
- ▶ A titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients de moins de dix-huit ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes ;
- ▶ Les unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assurent en principe la prise en charge des mineurs de la naissance à l'âge de dix-huit ans. A titre exceptionnel, la prise en charge des mineurs peut toutefois être assurée par des unités de psychiatrie adultes à compter de l'âge de seize ans ; dans ce cas, l'unité en charge du patient organise si nécessaire le relais dès que possible vers une prise en charge dans une unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En toutes circonstances, la décision d'admission tient compte de la situation individuelle du mineur et de son intérêt supérieur, qui est appréciée notamment par le chef de service et validée par le directeur.

Lorsqu'un patient adulte se présente en urgence à une structure d'urgence pédiatrique, les premiers soins lui sont prodigués avant qu'il soit dirigé, s'il est transportable, vers une structure de soins adultes en mesure de le prendre en charge.

Sauf circonstances particulières, un patient mineur ne peut pas partager sa chambre avec un patient 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.

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 DÉSIANT 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.212-1 DU CODE DES PENSIONS MILITAIRES, D'INVALIDITÉ ET DES VICTIMES DE GUERRE

Les bénéficiaires de l'article L.212-1 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre ont droit aux prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement l'ensemble des séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée.

### **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, définis 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 MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

L'information médicale est délivrée aux personnes majeures protégées d'une manière adaptée à leur capacité de compréhension. Cette information est également délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tutelle, habilitation familiale avec représentation ou mandat de protection future à la personne). Elle peut être délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne (curatelle ou habilitation familiale avec assistance) si le majeur protégé y consent expressément.

## **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 DANS LE CADRE JUDICIAIRE**

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient est entendu 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 ;
- › prendre toute initiative utile avec le service 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'hospitalisa-

tion 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 MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION**

L'admission au sein d'une unité de soins médicaux et 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 médicaux 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 médicaux 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 du médecin qu'ils désignent tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accé-

der 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 dia-

gnostic 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 sans limitation de durée, à moins que la personne majeure ou la personne de confiance n'en disposent 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 protection juridique avec représentation relative à la personne, 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 protection juridique, 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](http://www.recherche.aphp.fr/eds)

En cas de difficulté dans l'exercice de ces droits, les patients peuvent sai-

sir le Délégué à la Protection des Données de l'AP-HP à l'adresse suivante : [protection.donnees.dsi@aphp.fr](mailto: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**

Les usagers du groupe hospitalo-universitaire (ou leurs représentants légaux ou, en cas de décès, leurs ayants droit) peuvent faire part de leurs observations ou de leurs réclamations directement au directeur. Il leur apportera les réponses et explications appropriées et veillera à la mise en œuvre d'actions correctives si besoin.

Chaque CDU est informée de l'ensemble des réclamations formulées par les usagers pour le ou les sites hospitaliers auxquels elle est rattachée, ainsi que des suites qui leur sont données. Les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition de ses membres. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Ces dispositions sont mises en œuvre au sein des groupes hospitalo-universitaires selon des modalités établies avec les représentants des usagers.

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) en vue d'une procédure de conciliation dans deux cas :

➤ S'il n'est pas satisfait des soins qui lui ont été dispensés ou s'il est en désaccord

avec un professionnel ou un établissement de santé, y compris pour une recherche biomédicale

► S'il s'estime victime d'un dommage dont la gravité est inférieure au seuil fixé par l'article D. 1142- 2 du Code de la santé publique

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) peut demander réparation de ses préjudices et actionner une voie de recours dans trois cas :

1) Soit directement auprès de l'AP-HP : dans ce cas le patient, et ce quelle que soit la gravité du dommage qu'il a subi, adresse une demande préalable indemnitaire auprès de la Direction des affaires juridiques (DAJ – 55 boulevard Diderot, 75610 Paris Cedex 12).

Au vu des résultats et conclusions de l'expertise amiable conduite par un de ses médecins-conseils, la DAJ adressera au requérant une lettre recommandée avec accusé de réception reconnaissant ou non la responsabilité de l'AP-HP et dans ce second cas, elle proposera un protocole transactionnel d'indemnisation

2) Soit, auprès de la CCI lorsque le patient estime avoir subi un dommage supérieur à un seuil de gravité fixé par décret. Si le seuil de recevabilité est atteint, la CCI pourra diligenter une expertise médicale et émettre dans le délai de 6 mois un avis sur les causes, les circonstances et l'étendue du dommage, ainsi que son appréciation sur une indemnisation éventuelle au titre des responsabilités encourues ou de la solidarité nationale.

3) soit auprès du tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Préalablement à tout recours pour obtenir une indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler une demande préalable auprès de l'AP-HP (DAJ) ou de la CCI, tendant à obtenir réparation de ses préjudices.

Le requérant peut également saisir directement la juridiction administrative pour obtenir une expertise judiciaire (requête en référé-expertise).

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

## **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 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 de chaque 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 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 directeur en charge de la qualité au sein du groupe hospitalo-universitaire assiste aux séances des commissions avec voix consultative.

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.

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 usagers 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 MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE**

Le consentement du majeur sous mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu s'il est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque cette condition n'est pas remplie, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf en cas d'urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur protégé, 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 la 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. Il est interdit, dans l'enceinte de l'hôpital, de porter une tenue destinée à dissimuler son visage. 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 post-opératoires, 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 ex-

térieurs 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 établie 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 ajoutés 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, médico-sociale 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**

Les patients ont le droit de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix.

Le directeur veille à la mise en œuvre de ce droit et définit les horaires et les modalités des visites.

Sauf si le patient en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à une information préalable du groupe hospitalo-universitaire.

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 sont prises sur décision du médecin responsable de la prise en charge du patient, ou à défaut, par tout autre professionnel de santé qui estime qu'une visite constituerait un risque pour la santé de la personne hospitalisée, pour celle des autres patients ou pour celle des personnes qui y travaillent ; ces dispositions s'appliquent aux visiteurs majeurs et mineurs ;
- › pour les patients placés sous surveillance de la police.
- › en cas de menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement.

### **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 que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalo-universitaire, dès lors qu'ils 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.

Cette disposition s'applique indifféremment aux patients, à leurs familles et à toute autre personne.

### **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 administrative 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 vaguemestre 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 vaguemestre 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 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 consignnant 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.

## SECTION 7. 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 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.

## SECTION 8. 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'accompagnant 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 et/ou l'officier de police judiciaire territorialement compétent (services de police ou de gendarmerie).

## **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 13** 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**

Une personne majeure peut consentir par écrit à donner son corps après son décès à des fins d'enseignement médical et de recherche, étant précisé que ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne.

La démarche de don peut être entreprise auprès du Centre de don du corps d'Ile-de-France, structure d'accueil des corps (17, rue du Fer-à-Moulin, 75005 Paris ; tél. : 01 46 69 15 20) ou auprès d'un autre établissement de santé, de formation, ou de recherche acceptant les dons de corps.

L'établissement choisi remet à la personne un document d'information. Il informe notamment la personne de la possibilité de demander la restitution de son corps ou de ses cendres à sa famille ou à ses proches à l'issue des activités d'enseignement médical ou de recherche ou de s'y opposer.

La personne ainsi informée consent au don de son corps par une déclaration écrite en entier, datée et signée de sa main. Ce consentement est révocable à tout moment dans les mêmes conditions.

La déclaration est co-signée par le responsable de la structure d'accueil des corps au sein de l'établissement, qui d'une part accepte le don et d'autre part s'engage à respecter la volonté du donneur, s'agissant de la restitution de son corps ou de ses cendres. L'établissement choisi remet au donneur une copie de cette déclaration et lui délivre également une carte de donneur, que ce dernier s'engage à porter en permanence. Le donneur est encouragé à informer sa famille ou ses proches de sa démarche de don. Il peut désigner une personne référente, parmi sa famille ou ses proches, qui sera l'interlocuteur de l'établissement.

Le délai du transport du corps vers le centre de don du corps ou l'établissement de santé, de formation ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps au centre de don du corps ou à l'établissement de destination.

Les structures d'accueil des corps sont tenues de garantir le respect et la dignité des corps qui leur sont confiés.

Les modalités d'organisation du centre de don des corps d'Ile-de-France sont mentionnées à **l'annexe 17** du présent règlement.

## **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'obèques.

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)

<u>PRÉAMBULE</u> .....	118
<u>SECTION 1</u> ..... ACCUEIL ET ADMISSION DES PATIENTS	119
<u>SECTION 2</u> ..... VIE DU PATIENT AU SEIN DES STRUCTURES MÉDICALES ASSURANT DES SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD) ET UNITÉS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (UHPAD)	121



## 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.

# SECTION 1. ACCUEIL ET ADMISSION DES PATIENTS >>

## **ART. 197** LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE

Conformément à l'**article 51** du présent règlement intérieur, la personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et la structure sanitaire ou médico-sociale dans laquelle elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé, ses proches, la personne de confiance et les personnes en charge de sa protection.

Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille ou sa personne de confiance, 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, les modalités des soins et de la prise en charge 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 préalable, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

## **ART. 198** MODALITÉS DE L'ADMISSION

L'hôpital d'accueil remet à chaque personne accueillie 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.

Ce document établi entre la personne et l'hôpital d'accueil 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. Il mentionne également les modalités de gestion des effets personnels.

Ce document est signé par le directeur de l'hôpital d'accueil 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.

L'hôpital d'accueil 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 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 personnes accueillies ou leur famille ou leur représentant légal 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 de la personne accueillie, 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 de la personne accueillie doivent être strictement respectées. Elle a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

### **ART. 203 PROJET DE SOINS ET PROJET DE VIE**

La direction de l'hôpital d'accueil, 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 de la personne accueillie, 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 de la personne accueillie 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 de la personne accueillie avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des personnes accueillies 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 de l'établissement 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 l'hôpital d'accueil et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

L'hôpital d'accueil organise des rencontres régulières entre les patients, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

## **ART. 204 RELATIONS AVEC LES PROCHES**

La coopération et la participation des proches à la qualité de la vie au sein de l'hôpital d'accueil doit être encouragée et facilitée.

L'équipe hospitalière associe le plus possible l'entourage et encourage sa participation aux activités d'animation et de la vie quotidienne.

Les proches sont 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 PERSONNES ACCUEILLIES À LA VIE DU SITE**

L'hôpital d'accueil met en place, pour faciliter l'expression et la participation des personnes accueillies, et en lien avec la commission des usagers, des rencontres régulières associant les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et leurs familles. L'hôpital d'accueil en informe la commission des usagers préalablement.

## **ART. 206 PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES**

L'hôpital d'accueil est garant de la protection de la personne accueillie 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** du présent règlement intérieur.

## **ART. 208 LIBERTÉ DES PATIENTS ET RÈGLES DE VIE COLLECTIVE**

Pendant leur séjour, les personnes accueillies doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective, avec leur projet de soins et de vie et leur sécurité personnelle. Les modalités d'exercice de ces libertés doivent être régulièrement réévaluées.

Elles doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis au sein de l'unité de soins. Elles doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre au sein de l'hôpital d'accueil.

## **ART. 209 SOMMES D'ARGENT CONSERVÉES PAR LES PERSONNES ACCUEILLIES**

L'argent de la personne accueillie 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 personnes bénéficient à minima de la jouissance de leurs ressources visées à l'article L. 132-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des personnes accueillies 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 personnes accueillies, patients ou leur famille à titre de gratification.

## **ART. 210** DOMICILIATION

Sous réserve des nécessités de service, la personne accueillie a le droit de se dire chez elle dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégée contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée. Hors le cas des personnes placées sous le régime de la tutelle, la personne durablement hospitalisée peut obtenir sa domiciliation au sein de l'hôpital d'accueil.

Les personnes séjournant à titre définitif au sein de l'hôpital d'accueil sont tenues de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat doit être remise à l'hôpital d'accueil.

## **ART. 211** PERSONNALISATION DES CHAMBRES

Le directeur peut autoriser les personnes accueillies à apporter des objets personnels selon des modalités prévues par le livret d'accueil de l'hôpital. Un inventaire de ces objets personnels est effectué dans les conditions prévues à **l'article 148** du présent règlement intérieur.

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. L'installation de ces objets ne doit pas contrarier la tranquillité des autres personnes s'agissant des personnes accueillies en chambre double et notamment induire des perturbations sonores.

## **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 d'un maximum de 35 jours de sortie « pour convenances personnelles » durant lesquels leur lit d'hospitalisation leur est réservé au sein de l'unité de soins de longue durée.

Pendant ces périodes, ni le forfait « soins » ni le tarif « dépendance » ni le tarif « hébergement » ne sont facturables, dès lors que la sortie dépasse 24 heures.

À leur retour, les patients doivent retrouver leur chambre au sein de l'hôpital d'accueil.

Le délai maximum de 35 jours d'absence pour « convenances personnelles » peut être cumulé avec le délai mentionné à **l'article 213**, au cours d'une même année civile.

## **ART. 213 HOSPITALISATION EN COURT SÉJOUR OU EN UNITÉ DE SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION (SMR)**

Dans l'hypothèse où la personne accueillie doit être hospitalisée dans une unité de court séjour ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR) un lit est gardé à sa disposition au sein de l'hôpital où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement l'unité de soins de longue durée.

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein de l'hôpital 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 en totalité les trois premiers jours d'hospitalisation. A compter du 4<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, le tarif « hébergement » est facturé déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier).

Le délai maximum d'absence en cas d'hospitalisation dans une unité de court séjour ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR) peut être cumulé avec le délai maximum d'absence pour « convenances personnelles » exposé à **l'article 212**, au cours d'une même année civile.

## **ART. 214 SORTIE PAR MESURE DISCIPLINAIRE**

Conformément à **l'article 175** du présent règlement intérieur, les personnes accueillies 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, le cas échéant sur un autre site de l'AP-HP soit fera l'objet d'une mesure d'exclusion.

## **ART. 215 SORTIE VOLONTAIRE**

Sauf en cas de nécessité médicale, les patients peuvent quitter l'hôpital à tout moment, sur leur demande.

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



PARTIE 4

**DISPOSITIONS**  
**RELATIVES**  
**AU PERSONNEL**

<a href="#">SECTION 1</a> .....	<b>128</b>
L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HÔPITAUX DE PARIS	
<a href="#">SECTION 2</a> .....	<b>131</b>
PRINCIPES DE LA BONNE CONDUITE PROFESSIONNELLE	
<a href="#">SECTION 3</a> .....	<b>138</b>
EXPRESSION DES PERSONNELS	

Assistance  
Publique  
Hôpitaux  
de Paris

# 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 y compris les représentants des usagers. Le secret professionnel continue de s'appliquer après le départ de l'AP-HP des professionnels.

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, no-

tamment 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 di-

recteurs 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 15** 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 BIEN TRAITEMENT**

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 DÉ SINTÉRÉSSEMENT**

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. 223 BIS** COLLÈGE DE DÉONTOLOGIE

Le collège de déontologie de l'AP-HP assure les fonctions de référent déontologue, de référent alerte et de référent laïcité.

Indépendant, il est composé de 8 membres désignés par le Directeur général de l'AP-HP, dont 4 personnalités extérieures, pour une durée de 3 ans. L'ensemble des membres est tenu au secret professionnel et est soumis à une obligation de confidentialité.

Ses missions et ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans le règlement intérieur du collège de déontologie.

Au titre de ses missions de référent déontologue :

Tous les agents de l'AP-HP et leurs encadrants bénéficient du droit de saisir le collège de déontologie pour obtenir des conseils utiles au respect de leurs obligations déontologiques telles que la dignité, l'impartialité, la probité, l'intégrité, la discrétion professionnelle, le secret professionnel, la neutralité, la laïcité, l'interdiction de cumul d'activités et l'interdiction des conflits d'intérêts.

Le collège est en outre chargé de rendre des avis suite à la saisine de l'autorité hiérarchique en cas de doute sérieux sur la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise avec les fonctions exercées par un agent public de l'AP-HP ou sur la compatibilité de l'activité d'un agent public de l'AP-HP cessant définitivement ou temporairement ses fonctions avec une activité lucrative envisagée dans une entreprise privée ou un organisme de droit privé ou toute activité libérale.

Le collège de déontologie a également pour mission d'apporter des conseils pour faire cesser des situations de conflits d'intérêts et de rendre des avis sur les cumuls d'activités complexes.

Enfin, il rend des avis dans le cadre des demandes d'autorisation relatives aux dispositifs de participation à une entreprise valorisant les travaux de la recherche publique prévus par le code de la recherche.

Au titre de ses missions de référent alerte :

En qualité de référent alerte, le collège de déontologie accueille les signalements émis par des lanceurs d'alertes relatifs à des faits ou actes répréhensibles qui constituent un crime ou un délit, une menace ou un préjudice grave pour l'intérêt général, une violation grave et manifeste d'un engagement international ratifié par la France, d'une loi ou d'un décret. Les conditions de sa saisine et la procédure de traitement des signalements reçus sont précisées par la procédure de recueil et de traitement des signalements émis par le lanceur d'alerte portée à la connaissance de l'ensemble des agents de l'AP-HP.

Au titre de ses missions de référent laïcité :

Le collège peut être saisi par tout professionnel de l'AP-HP afin d'obtenir des conseils relatifs à la mise en œuvre du principe de laïcité dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. Il est chargé de sensibiliser l'ensemble des professionnels de l'AP-HP au principe de laïcité et organise la journée annuelle de la laïcité, chaque 9 décembre. Il peut également être sollicité, à la demande du Directeur général, en cas de difficulté dans l'application du principe de laïcité entre un agent et des usagers du service public.

## **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. 225 BIS NEUTRALITÉ ET LAÏCITÉ DU SERVICE PUBLIC**

Les personnels sont soumis à un devoir de stricte neutralité.

Conformément au principe de laïcité, les personnels ne peuvent manifester leurs convictions religieuses dans l'exercice de leurs fonctions, quelles qu'elles soient, notamment par le port de signes ostensibles.

## **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 ÉVÈNEMENTS 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 évènement 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**

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 devapoter 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 social 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.



PARTIE 5

# DISPOSITIONS

## FINALES

<a href="#">SECTION 1</a> .....	<b>139</b>
PROCÉDURE D'ADOPTION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR	
<a href="#">SECTION 2</a> .....	<b>140</b>
MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR	

# 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 social d'établissement 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 social d'établissement 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

A l'exception de celles se limitant à retranscrire les évolutions législatives et réglementaires, 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.

Les modifications se limitant à retranscrire les évolutions législatives et réglementaires donnent lieu à une information du comité social d'établissement, de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.



# ANNEXES

<a href="#">ANNEXE 1</a> .....	144
COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT	
<a href="#">ANNEXE 2</a> .....	153
CONSEIL HOSPITALIER TERRITORIAL	
<a href="#">ANNEXE 3</a> .....	158
COMITÉ EXÉCUTIF	
<a href="#">ANNEXE 4</a> .....	159
COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT LOCALE/ COMITÉ CONSULTATIF MÉDICAL	
<a href="#">ANNEXE 5</a> .....	170
COMMISSIONS CENTRALES ET LOCALES DES SOINS INFIRMIERS, DE RÉÉDUCATION ET MÉDICO- TECHNIQUES	
<a href="#">ANNEXE 6</a> .....	176
COMITÉS SOCIAUX D'ÉTABLISSEMENT CENTRAL ET LOCAUX ET LES FORMATIONS SPÉCIALISÉES EN LEUR SEIN	
<a href="#">ANNEXE 7</a> .....	191
COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS	
<a href="#">ANNEXE 8</a> .....	201
INSTANCES CENTRALES ET LOCALES RELATIVES À LA QUALITÉ ET À LA SÉCURITÉ DES SOINS AINSI QU'ÀUX CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS	

<a href="#">ANNEXE 9</a> .....	<b>220</b>
COMMISSIONS DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE	
<a href="#">ANNEXE 10</a> .....	<b>225</b>
COMMISSIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (COPS)	
<a href="#">ANNEXE 11</a> .....	<b>230</b>
LES COMMISSIONS LOCALES D'APPRÉCIATION DES OFFRES	
<a href="#">ANNEXE 12</a> .....	<b>232</b>
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»)	
<a href="#">ANNEXE 13</a> .....	<b>235</b>
RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DES CHAMBRES MORTUAIRES DES GROUPES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES DE L'AP-HP	
<a href="#">ANNEXE 14</a> .....	<b>243</b>
COMMISSION DES CONTRATS PUBLICS DE L'AP-HP	
<a href="#">ANNEXE 15</a> .....	<b>246</b>
CHARTRE INFORMATIQUE DE L'AP-HP	
<a href="#">ANNEXE 16</a> .....	<b>273</b>
PRINCIPES ESSENTIELS DU FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES MÉDICALES À L'AP-HP	

<a href="#">ANNEXE 17</a> .....	<b>306</b>
CENTRE DE DON DU CORPS	
<a href="#">ANNEXE 18</a> .....	<b>311</b>
COMMISSION DES ACCÈS AUX DONNÉES PATIENT ET ECHANGES (CADOPE)	
<a href="#">SECTION 19</a> .....	<b>313</b>
COMMISSION CENTRALE DE CONTRÔLE DES ACCÈS AUX DOSSIERS PATIENTS (3CADP)	

# ANNEXE 1. 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 exerçant en PUI 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 ;
- › le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

## **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.

La commission médicale d'établissement peut désigner, en concertation avec le directeur général, au plus cinq invités représentant les partenaires extérieurs coopérant avec l'AP-HP dans la mise en œuvre d'actions de santé publique. Ces invités peuvent être permanents. Ils peuvent assister avec voix consultative aux séances de la commission médicale d'établissement.

## 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 titulaires.

Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et hospitaliers, 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.

À l'issue des opérations électorales, le directeur général proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission.

### **Dispositions spécifiques par collègue**

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, prévisionnel des recettes et des dépenses,
- › le programme d'investissement 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 s'agissant des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques
- › 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 d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales
- › 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 projet de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical et de dispensation des soins mentionnée à l'article L. 6146-1-2 ou de décision relative à la libre organisation du fonctionnement médical, des soins et de la gouvernance mentionnée à l'article L. 6149-1 ; les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement des structures lorsque sont mises en œuvre ces dispositions ;
- › l'organisation des parcours professionnels et l'accompagnement des personnels tout au long de la carrière. A ce titre, la commission médicale donne un avis

sur la politique de formation tout au long de la vie ;

- › le schéma directeur des systèmes d'information et sa mise en œuvre.

### *Matières donnant lieu à information*

- › La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris est informée sur les matières suivantes :
- › le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- › 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, la pertinence et la sécurité des soins

### *Matières sur lesquelles la commission médicale d'établissement peut faire des propositions au directeur général :*

- › Toute opération liée à la mise en œuvre du projet médical, ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de celui-ci ;
- › Le programme d'actions relatif à l'amélioration continue de la qualité la pertinence et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- › Le programme d'actions de mise en œuvre du projet managérial pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- › Le programme d'actions de mise en œuvre de la politique de coopération hospitalière, y compris pour la coopération avec les partenaires de ville, en particulier les communautés professionnelles territoriales de santé ;
- › Le programme d'actions de mise en œuvre du projet social, pour son volet relatif aux personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ;
- › La mise en œuvre des conventions d'association avec les groupements hospitaliers de territoire.

## **Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence 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 et de la pertinence des soins, notamment en ce qui concerne :

- › la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'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 événements 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.

### **Attribution spécifique dans l'élaboration du projet médical d'établissement**

La commission médicale d'établissement est compétente pour élaborer et proposer au directoire le projet médical d'établissement.

Le président de la commission médicale d'établissement coordonne son élaboration, en lien avec la commission médicale d'établissement et les équipes médicales concernées, et assure le suivi de sa mise en œuvre avec le directeur selon une procédure qu'il définit. Il propose au directoire le projet médical. Après concertation en directoire, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement peuvent demander à la commission médicale d'établissement de modifier ou de compléter leur proposition de projet médical.

### **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 ;

talo-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 social 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.

## **ANNEXE 3. 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.

## **ANNEXE 4. 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 lorsque le GHU compte moins de 11 DMU ;
- ▶ 10 directeurs médicaux de DMU élus parmi les directeurs de DMU du GHU lorsque le GHU compte au moins 11 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 titulaires de l'établissement.

Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et hospitaliers, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires du GHU. 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 du président de la commission médicale d'établissement locale sont incompatibles avec les fonctions de directeur médical de DMU.

### **Membres avec voix consultative**

- › En outre, siègent avec voix consultative aux commissions médicales d'établis-

sement 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 social 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 incombent 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 site hospitalier principal d'affectation administrative.

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 directeurs médicaux de DMU sont électeurs à la fois pour le collège des directeurs de DMU au sein de la commission médicale d'établissement et pour le siège de représentant médical du site sur lequel ils sont affectés au sein de la CMEL.

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'une formation spécialisée du CSE.

## 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 dé-

roulement 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 Salvadour 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 social 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 social 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 social 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.

# ANNEXE 5. 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 paramédicales rattachés à l'AP-HP ;

- › un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur gé-

néral 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'Etat	Collège aides-soignants	TOTAL
AP-HP. Centre Université de Paris	3	3	2	8
AP-HP. Sorbonne Université	3	3	1	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
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>40</b>

## 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 commis-

sion 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.

## **ANNEXE 6. COMITÉS SOCIAUX D'ÉTABLISSEMENT CENTRAL ET LOCAUX ET LES FORMATIONS SPÉCIALISÉES EN LEUR SEIN >>**

### **6.1 Comité social d'établissement central**

L'Assistance Publique - hôpitaux de Paris est dotée, conformément au décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, d'un comité social d'établissement dénommé « comité social d'établissement central » (CSEC).

#### **Composition**

Le comité social 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 à l'article 6 du décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021, le comité comprend 15 membres titulaires et 15 suppléants.

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 et un secrétaire suppléant parmi ses membres titulaires et fixe la durée de leur mandat.

Un représentant de la commission médicale d'établissement assiste, avec voix consultative, aux réunions du comité.

## Attributions

Le comité débat chaque année, sur :

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

Le comité est obligatoirement consulté sur :

- ▶ Le règlement intérieur de l'établissement ;
- ▶ Le plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- ▶ Le plan global de financement pluriannuelle ;
- ▶ L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ▶ L'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- ▶ Les projets de réorganisation de service ;
- ▶ La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation ;
- ▶ Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique ;
- ▶ Les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;

- › Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
- › Le comité est informé chaque année sur :
  - › La situation budgétaire de l'établissement ;
  - › Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique ;
  - › Le budget prévu à l'article L. 6145-1 du même code ;
  - › Les décisions mentionnées au 8° de l'article L. 6143-7 du même code.
- › L'articulation des compétences du CSE dans sa formation « plénière » avec celles de sa formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail :
- › Seul le CSE est consulté sur une question ou un projet relevant de ses attributions ;
- › Le président du CSE peut, à son initiative ou à celle de la moitié des membres représentants du personnel, inscrire directement à l'ordre du jour du comité un projet de texte ou une question faisant l'objet d'une consultation obligatoire de la formation spécialisée instituée en son sein qui n'a pas encore été examinée par cette dernière. L'avis du comité se substitue alors à celui de la formation spécialisée.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité obéissent aux dispositions prévues au titre IV du Chapitre III du décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- › Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant pour 4 ans
- › Un agent, désigné par le directeur général, assiste aux réunions de cette instance et en assure le secrétariat administratif.
- › Un procès-verbal, comprenant le compte-rendu des débats et le détail des votes est établi après chaque réunion. Ce document est signé par le président, par le secrétaire, et transmis dans le délai d'un mois à ses membres. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité lors de la séance suivante.
- › Le président du comité arrête, après avis du comité et après avoir reçu les propositions de la formation spécialisée du comité qui lui est rattachée, le règlement intérieur du comité.

- › Le comité se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation du président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
- › La convocation du comité est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire ou par le règlement intérieur sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président.
- › L'ordre du jour du comité est fixé par le président. Le secrétaire est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
- › L'ordre du jour doit être adressé aux membres par tout moyen au moins quinze jours avant la séance. Ce délai peut être ramené à huit jours en cas d'urgence.
- › Le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard quarante-huit heures avant l'instance. Elles n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.
- › Le président peut inviter l'agent de contrôle de l'inspection du travail ou le médecin du travail sur tout point inscrit à l'ordre du jour du comité, lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir un impact en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail.
- › 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 à la majorité des présents. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Les abstentions sont admises. L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée. Un membre quittant la séance est remplacé de plein droit par un suppléant. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre du comité pour voter en son nom (une seule délégation de vote possible par membre).

- › Lorsque le conseil recueille un vote défavorable unanime de la part de ses membres, le point concerné fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.
- › Les avis émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance
- › Les séances du comité ne sont pas publiques.
- › 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.
- › Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions.
- › Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité.

## 6.2 Comités sociaux d'établissement locaux

Le décret n° 2022-858 du 7 juin 2022 prévoit qu'un comité social d'établissement local (CSEL) est institué par le directeur général, en concertation avec le directoire, au sein de chaque hôpital ou groupe hospitalo-universitaire.

Le directeur général institue également un comité social d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun.

Liste des groupes hospitalo-universitaires et hôpitaux où un CSE 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, Coeurnet-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,
- › 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.

Liste des pôles d'intérêt commun où un CSE 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

Le comité comprend les représentants suivants selon le nombre d'agents dans le groupe hospitalo-universitaire, hôpital ou pôle d'intérêt commun :

- › Moins de 50 agents : 3 membres titulaires et 3 suppléants
- › 50 à 99 agents : 4 membres titulaires et 4 suppléants
- › 100 à 199 agents : 6 membres titulaires et 6 suppléants
- › 200 à 499 agents : 8 membres titulaires et 8 suppléants
- › 500 à 999 agents : 10 membres titulaires et 10 suppléants
- › 1 000 à 1 999 agents : 12 membres titulaires et 12 suppléants
- › 2 000 et plus : 15 membres titulaires et 15 suppléants

Un représentant de la commission médicale d'établissement locale ou du comité consultatif médical local assiste, avec voix consultative, aux réunions du comité.

## Attributions

Le comité local est consulté sur les sujets suivants, dans la mesure où ils concernent spécifiquement l'hôpital, le groupe hospitalo-universitaire, le ou les pôles d'intérêt commun au sein duquel ou desquels il a été institué :

- › L'organisation interne mentionnée au 7° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique ;
- › Les projets de réorganisation de service ;
- › Les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ;
- › L'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la commission médicale d'établissement, de la commission des usagers et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- › Les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du même code ;
- › Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants.

S'ajoutent à ces matières celles prévues par le nouveau protocole sur le dialogue social.

Les avis émis par un comité social d'établissement local sont transmis au comité social d'établissement central.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité obéissent aux dispositions prévues au titre IV du Chapitre III du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- › Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant.
- › Un agent désigné par le directeur du GHU, hôpital hors GHU, PIC ou Siège assiste aux réunions de cette instance et en assure le secrétariat administratif.

- ▶ Un procès-verbal, comprenant le compte-rendu des débats et le détail des votes est établi après chaque réunion. Ce document est signé par le président, par le secrétaire, et transmis dans le délai d'un mois à ses membres. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres du comité lors de la séance suivante.
- ▶ Le président du comité arrête, après avis du comité et après avoir reçu les propositions de la formation spécialisée du comité qui lui est rattachée, le règlement intérieur du comité.
- ▶ Le comité se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation du président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
- ▶ La convocation du comité est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. Les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire ou par le règlement intérieur sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président.
- ▶ L'ordre du jour du comité est fixé par le président. Le secrétaire est consulté préalablement à la définition de l'ordre du jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour. Doivent notamment y être inscrits les points entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
- ▶ L'ordre du jour doit être adressé aux membres par tout moyen au moins quinze jours avant la séance. Ce délai peut être ramené à huit jours en cas d'urgence.
- ▶ Le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Le nombre et l'identité des personnes qualifiées doivent être soumis à l'accord du président au plus tard quarante-huit heures avant l'instance. Elles n'ont pas voix délibérative et ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.
- ▶ Le président peut inviter l'agent de contrôle de l'inspection du travail ou le médecin du travail sur tout point inscrit à l'ordre du jour du comité, lorsqu'ils sont susceptibles d'avoir un impact en matière de santé, de sécurité et des conditions de travail.
- ▶ 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 à la majorité des présents. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Les abstentions sont admises. L'avis est favorable ou défavorable lorsque la majorité des membres présents s'est prononcée en ce sens. A défaut de majorité, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée. Un membre quittant la séance est remplacé de plein droit par un suppléant. A défaut, il peut donner délégation au cours de la séance à un autre membre du comité pour voter en son nom (une seule délégation de vote possible par membre).
- › Lorsque le conseil recueille un vote défavorable unanime de la part de ses membres, le point concerné fait l'objet d'un réexamen et une nouvelle délibération est organisée dans un délai
- › qui ne peut être inférieur à huit jours et supérieur à trente jours. Le comité siège alors valablement quel que soit le nombre de représentants du personnel présents. Il ne peut être appelé à délibérer une nouvelle fois suivant cette même procédure.
- › Les avis émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance.
- › Les séances du comité ne sont pas publiques.
- › 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.
- › Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions.
- › Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité.

## 6.3 Formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

Les formations spécialisées locales sont organisées en conformité avec le décret n°2022-858 du 7 juin 2022. Il est institué une formation spécialisée 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 Collégiale
- Corentin-Celton
- Vaugirard-Gabriel-Pallez
- Charles-Foix
- Cochin-Port Royal
- Emile Roux
- Georges-Clémenceau
- Hendaye
- Henri-Mondor
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hospitalisation à domicile
- Hôtel-Dieu
- Jean-Verdier
- Dupuytren
- Lariboisière Fernand-Widal
- La Roche Guyon
- Louis-Mourier
- Necker-Enfants malades
- Paul-Brousse
- Paul-Doumer
- Pitié-Salpêtrière
- Robert-Debré
- René Muret
- Raymond-Poincaré
- Rothschild
- San Salvador
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Sainte-Périne
- Tenon

Pôles d'intérêt commun où une formations spécialisée locale spécifique est constituée :

- › Service Central des Ambulances (SCA)/Sécurité Maintenance Services (SMS)/ Service Central des blanchisseries (SCB)
- › Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS)
- › Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC)
- › Une formation spécialisée est constituée pour les services du Siège et les pôles d'intérêt commun dépourvus de formation spécialisée locale propre.

## Composition

La formation spécialisée locale est présidée par le directeur du groupe hospitalo-universitaire/hôpital/ pôle d'intérêt commun ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci ne puissent prendre part au vote.

La composition de cette formation spécialisée est fixée dans les conditions prévues à l'article 8 du décret n°2021-1570 du 3 décembre 2021

### Membres avec voix délibérative

La formation spécialisée comprend 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 moins de 50 agents jusqu'à 199 agents ;
  - 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
  - 6 représentants dans les sites de 500 à 1 999 agents ;
  - 9 représentants dans les sites de 2 000 agents et plus ;
- › des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :
  - un représentant sur les sites de moins de 50 agents et jusqu'à 2 499 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 siégeant au sein du comité social d'établissement local. Ces dernières désignent au sein de la formation spécialisée du comité ses membres titulaires parmi les représentants titulaires et suppléants du comité social d'établissement local. Les représentants du personnel suppléants sont choisis parmi les agents exerçant leurs fonctions dans le périmètre du site au titre duquel la formation est instituée.

Pour la formation spécialisée locale, le nombre de sièges de chaque organisation syndicale est proportionnel au nombre de sièges obtenus au comité social d'établissement local auquel la formation spécialisée est rattachée. Les sièges obtenus sont répartis à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne.

Les représentants mentionnés au deuxième point sont désignés, en son sein, par la commission médicale d'établissement locale.

### **Membres avec voix consultative**

- › le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale des personnels du GHU, hôpital hors GHU, PIC ou Siège
- › les représentants du GHU, hôpital hors GHU, PIC ou Siège en charge des dossiers concernés
- › le représentant du service compétent en matière d'hygiène.

## **Compétences**

La formation spécialisée locale en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail exerce ses attributions à l'égard du personnel du ou des services de son champ de compétence et de celui mis à la disposition et placé sous la responsabilité du directeur de l'établissement.

La formation spécialisée locale instituée au sein du comité social d'établissement local exerce ses attributions sur le périmètre du comité auquel elle appartient. Elle est seule compétente pour exercer ses attributions sur le périmètre du site pour lequel elle est créée.

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est consultée sur la teneur de tous les règlements et consignes se rattachant à sa mission.

La formation spécialisée locale est dotée des attributions de la formation spécialisée centrale prévus aux articles 42 à 59 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021. Elle est chargée notamment de :

- › procéder à intervalles réguliers, à la visite des services relevant du champ de compétence de ladite formation ;
- › procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail ;
- › contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels et proposer des actions qu'elle estime utile dans cette perspective. Elle peut proposer des actions de prévention du harcèlement moral, du harcèlement sexuel et des violences sexistes et sexuelles ;
- › 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 à la formation spécialisée locale 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.

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

La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail locale est consultée :

- › Sur les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification de l'organisation et du temps de travail, des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. Elle n'est toutefois pas consultée lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui sont examinés directement par le comité social d'établissement local au sein duquel ou en complément duquel elle est instituée ;
- › Sur les projets importants d'introduction de nouvelles technologies et lors de l'introduction de ces nouvelles technologies, lorsqu'elles sont susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents ;
- › Sur les plans mentionnés à l'article L. 3131-7 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé et les groupements de coopération sani-

taire de moyens de droit public et à l'article D.311-8 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements sociaux et médico-sociaux ;

- ▶ Sur la mise en œuvre des mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Chaque année, le président soumet également pour avis à la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail :

- ▶ Un rapport annuel écrit faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail dans son établissement et des actions menées ;
- ▶ Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique.

La formation spécialisée locale est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

La formation spécialisée locale examine le rapport annuel établi par le médecin du travail et a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique.

## Modalités de fonctionnement

La formation spécialisée locale élit parmi ses membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.

Un agent, désigné par le directeur du GHU, hôpital hors GHU, PIC ou Siège, assiste aux réunions de la formation spécialisée locale et en assure le secrétariat administratif.

Après chaque réunion, il est établi un procès-verbal comprenant le compte rendu des débats et le détail des votes. Ce document est signé par le président et par le secrétaire et transmis dans le délai d'un mois à ses membres. Ce procès-verbal est soumis à l'approbation des membres de la formation spécialisée lors de la séance suivante.

La convocation de la formation spécialisée locale est accompagnée de l'ordre du jour de la séance. L'ordre du jour est fixé par le président. Le secrétaire de la formation spécialisée locale est consulté préalablement à la définition de l'ordre du

jour et peut proposer l'inscription de points à l'ordre du jour.

Ce dernier doit être adressé aux membres de la formation spécialisée locale par tout moyen au moins quinze jours avant la séance. Ce délai peut être ramené à huit jours en cas d'urgence.

Les membres suppléants de la formation spécialisée, lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances de l'instance sans pouvoir prendre part aux débats.

Le président, à son initiative ou à la demande de membres titulaires de l'instance concernée, peut convoquer des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les personnes qualifiées n'ont pas voix délibérative. Elles ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Les agents de contrôle de l'inspection du travail sont informés de toutes les réunions de la formation spécialisée locale. L'ordre du jour et la convocation leur sont communiqués par le président.

La formation spécialisée locale 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. La formation spécialisée locale siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Les projets élaborés et les avis émis par la formation spécialisée sont portés par l'administration, par tout moyen approprié, à la connaissance du personnel en fonction dans l'établissement dans un délai d'un mois, par tout moyen approprié

## 6.4 Spécificités de la formation spécialisée centrale

### Composition

La formation spécialisée centrale est présidée par le directeur général de l'AP-HP ou son représentant, comprend :

#### › Des représentants du personnel

- 15 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens, et non odontologistes ;
- 2 représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes
- Des collaborateurs du directeur général, qu'il choisit :

- Le ou les médecins du travail chargés de la surveillance médicale des personnels du GHU, hôpital hors GHU, PIC ou Siège ;
- Les représentants de l'administration hospitalière en charge des dossiers concernés ;
- Le représentant du service compétent en matière d'hygiène

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 siégeant au sein du CSE central. Ces dernières désignent au sein de la formation spécialisée du comité ses membres titulaires parmi les représentants titulaires et suppléants du CSE central Les représentants du personnel suppléants sont désignés par les organisations syndicales représentatives au CSE 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 du comité social d'établissement central. 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.

## ANNEXE 7. COMMISSIONS DES RELATIONS AVEC LES USAGERS >>

### 7.1 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 qualité partenariat patient ;
- › les deux représentants des usagers membres du conseil de surveillance ;
- › deux représentants des usagers membres du directoire ;
- › 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 des affaires juridiques et des droits des patients ;
- › un représentant des usagers de l'hospitalisation à domicile (HAD).

### **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 lance un appel à candidatures auprès des représentants des usagers des sites dont il a la responsabilité puis organise un vote.

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.

› un représentant d'un hôpital ne relevant pas d'un GHU.

## 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 8 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.

## 7.2 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
- › Hôtel-Dieu
- › Jean-Verdier
- › Joffre-Dupuytren
- › Lariboisière Fernand-Widal
- › La Roche Guyon
- › Louis-Mourier
- › Necker Enfants-malades

- › Bichat Claude-Bernard
- › Bretonneau
- › Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale
- › Corentin-Celton
- › Vaugirard Gabriel-Pallez
- › Charles-Foix
- › Cochin
- › Émile-Roux
- › Georges-Clemenceau
- › Hôpital européen Georges-Pompidou
- › Hôpital marin d'Hendaye
- › Henri-Mondor Albert-Chenevier
- › Hospitalisation à domicile
- › Paul-Brousse
- › Paul-Doumer
- › Pitié-Salpêtrière
- › Robert-Debré
- › René-Muret
- › Raymond-Poincaré
- › 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 com-

mission 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<sup>o</sup> 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.

# ANNEXE 8. INSTANCES CENTRALES ET LOCALES RELATIVES À LA QUALITÉ, LA PERTINENCE ET À LA SÉCURITÉ DES SOINS AINSI QU'ÀUX 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 l'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.

## 8.1 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).

## 8.1.1 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 :

Membres avec voix délibérative :

- › le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- › le président et le vice-président du comité nommés par le directeur général sur proposition du président de la commission médicale d'établissement ;
- › 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) des sites hospitaliers ;
- › des praticiens hygiénistes ;
- › des cadres de santé infirmiers ou infirmiers hygiénistes ;
- › le représentant du service central de santé au travail ;
- › le responsable du Service Prévention du risque infectieux (membre de la direction qualité, partenariat patient)

- › le cadre du Service Prévention du risque infectieux (membre de la direction qualité, partenariat patient)
- › le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- › le Président de la Commission Médicale des Anti Infectieux (COMAI) centrale ;
- › un représentant de la direction générale ;
- › un représentant de la direction qualité partenariat patient ;
- › un représentant de la direction de la stratégie et de la transformation ;
- › un référent en matière logistique ;
- › un représentant de la direction des affaires juridiques ;

Sont par ailleurs, invités à titre permanent :

- › un représentant de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- › un représentant de la direction des ressources humaines ;
- › un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, désigné au sein de cette instance ;
- › un représentant titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance
- › le directeur du Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et son représentant ».

## 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 no-

socomiales 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 :

Membres avec voix délibératives :

- › le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins ;
- › le coordinateur central de la gestion des risques associés aux soins ;
- › le responsable central du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux ;
- › le vice-président de la CME centrale
- › un représentant de la direction générale
- › représentants de la des directions qualité partenariat patient du Siège suivantes :
- › La directrice ;
- › Un représentant du service risques et vigilances de la direction qualité partenariat patient ;

- › Un représentant du service parcours médicamenteux et DMS du patient ;
- › Un représentant du service prévention du risque infectieux ;
- › 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 de la fédération de pharmacovigilance d'Ile-de-France ;
- › les correspondants en central en hémovigilance ;
- › Le correspondant en central en matériovigilance ;
- › La directrice projet en identitovigilance de l'AP-HP.

Invités permanents (membres avec voix consultative) :

- › des représentants de la direction qualité partenariat patient ;
- › le coordinateur général des soins et conseiller paramédical de la direction générale
- › un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers désigné par cette instance ;
- › un représentant de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
- › un représentant de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- › un représentant de la direction des ressources humaines ;
- › un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par cette instance ;
- › un représentant titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance.

A 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.

## 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 :

Membres avec voix délibérative :

- › le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- › le président et le vice-président du comité du nommés par le directeur général sur proposition du PCME ;
- › des 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 ;

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- › Un représentant de la direction des affaires médicales
- › Le coordinateur général des soins et conseiller paramédical de la direction générale ;
- › un représentant titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance

À la demande du président du comité, toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances.

## 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 :

Membres avec voix délibératives :

- › des présidents des CLAN locaux des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;
- › le président du comité nommé par le directeur général sur proposition du PCME ;
- › les vice-présidents, cadres diététiciens des CLAN locaux ;
- › le médecin responsable 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 ;
- › un représentant de la direction de la stratégie et de la transformation 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 le conseiller paramédical de la direction générale ;
- › le vétérinaire du pôle d'intérêt commun ACHAT ;
- › un représentant des usagers ;
- › un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction de la stratégie et de la transformation
  - direction qualité partenariat patient
- › un praticien désigné en son sein par la CME.

### **Invités permanents**

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- › Les présidents du CLIN, du CLUD-SP, du COMEDIMS et du COVIRIS,
- › le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- › un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers désigné par cette instance ;
- › un représentant titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance

Toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances par le bureau du CLAN central.

## **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 :

Membres avec voix délibératives :

- › le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- › le président et le vice-président de la commission nommés par le directeur général sur proposition du PCME ;
- › 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 la stratégie et de la transformation

## **MEMBRES AVEC VOIX CONSULTATIVE**

Peuvent être membres de la commission avec voix consultative les présidents des COMEDIMS locales ainsi que toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution de la commission.

## **INVITÉS PERMANENTS**

sont par ailleurs invités à titre permanent :

- › Les présidents du CLIN, du CLUD-SP et du CLAN,
- › le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

À la demande du président de la commission médicale d'établissement, du président de la COMEDIMS ou à celle de la commission toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution de la commission du comité peut être invitée à ses séances.

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.

## **8.1.2 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 as-

sure 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 per-

sonne 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 associées aux soins. Ils sont mis à la disposition des membres de la commission médicale d'établissement.

## 8.1.3 Cellule « Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (Cellule « QSS-CAPCU »)

### Composition

Composition

La Cellule « QSS-CAPCU » est composée comme suit :

- ▶ « Membres avec voix délibératives :
- ▶ les président et vice-président de la commission médicale d'établissement ;
- ▶ le coordonnateur central de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) vice-président ;
- ▶ le responsable central du système de management de la qualité de la pertinence et de la sécurité ;
- ▶ de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) ;
- ▶ la directrice de la direction qualité partenariat-patient vice-président ;
- ▶ le président du comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) ;
- ▶ le président de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- ▶ 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 du comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- ▶ 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 ;
- ▶ le médecin responsable de la gestion des risques associés aux soins au sein de la direction qualité partenariat patient ;
- ▶ le médecin responsable du service prévention du risque infectieux au sein de la direction qualité partenariat patient ;

- › le pharmacien responsable du service parcours médicamenteux et DMS patient au sein de la direction qualité partenariat patient ;
- › un représentant de la fédération de pharmacovigilance d'Île-de-France ;
- › Les correspondants en central en hémovigilance ;
- › Le correspondant en central en matériovigilance ;
- › La directrice projet en identitovigilance AP-HP.

Invités permanents (Membres avec voix consultative)

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- › des représentants de la direction qualité partenariat patient ;
- › des représentants des directions qualité-gestion des risques ;
- › des représentants du cabinet de la commission médicale d'établissement ;
- › le coordonnateur général des soins et conseiller paramédical de la direction générale ;
- › un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, désigné par cette instance ;
- › un représentant de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
- › un représentant de la direction des services numériques ;
- › un représentant de la direction économique, financière, de l'investissement et du patrimoine ;
- › un représentant de la direction des ressources humaines ;
- › un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, désigné par cette instance ;
- › un représentant titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance.
- › 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.

## 8.2 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 9. COMMISSIONS DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE >>

## 9.1 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 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, à la commission centrale de concertation avec les usagers 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.

### 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 :

- › Le directeur général de l'AP-HP ou son représentant ;
- › 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 par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- › 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 hospitalier mentionné au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ou un membre du personnel enseignant et hospitalier mentionné à l'article L. 952-21 du code de l'éducation exerçant à l'AP-HP, désigné par la commission médicale d'établissement, n'exerçant pas d'activité libérale ;
- › 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 des affaires médicales.

La commission centrale de l'activité libérale peut se saisir ou être saisie par le directeur général de l'AP-HP ou le président de l'une des commissions locales de l'activité libérale préalablement à l'application de l'article L. 6154-6 du Code de la santé publique relatif à la demande de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale délivrée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elle rend un avis après audition éventuelle du praticien concerné par la demande de retrait ou de suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale, notamment si celui-ci n'a pas fait l'objet d'une audition par l'une des commissions locales de l'activité libérale.

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.

## 9.2 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 :

- › le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant ;

- › 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 hospitalier de territoire dont au moins un parmi ses membres ;
- › 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 et l'autre désigné par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens exerçant en dehors du groupe hospitalo-universitaire ;
- › un praticien hospitalier mentionné au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ou un membre du personnel enseignant et hospitalier mentionné à l'article L. 952-21 du code de l'éducation exerçant dans le groupe hospitalo-universitaire 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. La commission arrête ses avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction du groupe hospitalo-universitaire.

La commission locale de l'activité libérale procède à l'instruction des situations pour lesquelles elle a connaissance de manquements d'un praticien dans l'exercice de son activité libérale intra-hospitalière ou du non-respect des engagements des clauses de son contrat d'activité libérale. La commission locale de l'activité libérale informe la commission centrale de l'activité libérale des situations étudiées et des suites qui y ont été données.

Dans l'hypothèse où les manquements constatés dans l'exercice de l'activité libérale d'un praticien justifient que le président de la commission locale de l'activité libérale souhaite solliciter auprès du directeur général de l'AP-HP ou du président de la commission centrale de l'activité libérale la saisine du directeur général de l'agence régionale en application des dispositions de l'article L. 6154-6 du Code de la santé publique, le praticien concerné fait l'objet d'une audition devant la commission locale de l'activité libérale. Le rapport d'instruction et le procès-verbal de l'audition sont transmis au Président de la commission centrale de l'activité libérale.

## **ANNEXE 10. COMMISSIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS (COPS) >>**

### **10.1 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 col-

laborateurs 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).

## 10.2 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 :
  - l'un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la perma-

nence 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 ;
- l'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.

## ANNEXE 11. 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.

## **ANNEXE 12. 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 règlement intérieur 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 di-

recteur 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.

# ANNEXE 13. 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 qua-

lité 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 protection, 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,

Nicolas Revel

Directeur général

# ANNEXE 14. 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 com-

mission 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 200m<sup>2</sup>.

### **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 commis-

sion. 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.

# ANNEXE 15. 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.

## 15.1 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 menés 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.

## 15.2 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.

### 15.2.1 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.

## **15.2.2**      **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.

### 15.2.3 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 confidentia-

lité 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.

## 15.3 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.

## 15.3.1 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 raisonnée.

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.

## 15.3.2 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 antivol 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.

### 15.3.3 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 WhatsApp) 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.

## 15.3.4 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.

[● retour sommaire](#)

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 chartre, 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 outil 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 en-

core 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.

## 15.3.5 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.

## 15.3.6 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).

## 15.3.7 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.

## 15.3.8 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.

## 15.4 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.

### 15.4.1 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.

## 15.4.2 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 le 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.

### **15.4.3 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](mailto: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.

## 15.4.4 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.

## 15.5 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 ordinales 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 ordinales, 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.

## 15.6 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.

## 15.7 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, (condamnable 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 humaines, 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.

## **ANNEXE 16. PRINCIPES ESSENTIELS DU FONCTIONNEMENT DES STRUCTURES MÉDICALES À L'AP-HP >>**

La présente annexe pose les principes essentiels de l'organisation et des règles de fonctionnement des structures médicales de l'AP-HP ainsi qu'il est prévu à l'article L.6146-1 du Code de la santé publique (CSP) dans sa rédaction issue de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

L'organisation des activités médicales et médico-techniques de l'AP-HP repose sur différents niveaux de structures internes, services et unités fonctionnelles d'une part (1) et départements médico universitaires (DMU) d'autre part (2). Ces structures internes peuvent être réunies en fédérations (3).

La présente annexe concerne les GHU, les hôpitaux hors GHU, l'HAD et l'AGEPS.

### **I. Les services et les unités fonctionnelles**

#### **I.1. Définition, contenu**

Les services constituent l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Les services 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. 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.

## **I.II Création, modification et suppression des services et unités fonctionnelles**

Les services et les unités fonctionnelles sont créés, modifiés ou supprimés par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, après concertation avec le comité exécutif et avis de la commission médicale d'établissement locale et du comité social d'établissement local sur proposition du directeur de DMU.

Lorsque les modifications affectant les unités fonctionnelles de service sont dépourvues d'effet sur le périmètre d'activité du service auquel elles appartiennent, elles sont effectuées par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, la commission médicale d'établissement locale et le comité social d'établissement local en étant informés.

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 décisions qui se limitent à modifier l'appellation des services et unités fonctionnelles font l'objet d'une décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du PCMEL, après concertation avec le comité exécutif.

### **I.III Gouvernance**

Missions des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU ou de service.

Les chefs de service assurent la conduite générale du service dont ils sont en charge, ainsi que la mise en œuvre des missions des services définies au I.I de la présente annexe et de leur projet de service.

Sous l'autorité fonctionnelle des directeurs médicaux de DMU, ils concourent à la mise en œuvre du contrat de DMU.

Les responsables d'unité fonctionnelle assurent la conduite générale de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge. Sous l'autorité fonctionnelle des chefs de service, ils concourent à la mise en œuvre du projet de service et du contrat de DMU.

Ils sont associés au projet d'établissement, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution interne du groupe hospitalo-universitaire.

Les chefs de service et les responsables des unités fonctionnelles disposent d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de la structure dont ils ont la charge. Cette autorité s'exerce sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du service et de l'unité fonctionnelle concernés. Elle s'insère dans l'organigramme global du groupe hospitalo-universitaire et s'exerce sous l'autorité hiérarchique du directeur du groupe hospitalo-universitaire.

Elle 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 hiérarchique investie du pouvoir de nomination, qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

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 : 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 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 et la charte de DMU.

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle, en conformité avec le contrat et le projet de DMU et la charte 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 oeuvre pour développer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ainsi que la répartition du temps médical au sein de l'équipe.

Plus particulièrement en matière de ressources humaines médicales, le chef de service définit et organise les activités médicales du service en prenant en compte les moyens qui lui sont alloués. Il répartit les activités médicales et les missions au sein de l'équipe médicale ; à ce titre, il élabore le tableau de service en veillant notamment à la continuité de la couverture médicale, à l'équilibre de la répartition de la charge de travail et au respect des règles associées au temps de travail. Il veille à mettre en oeuvre une gestion prévisionnelle des présences médicales cohérente au regard de l'activité prévisionnelle et de l'organisation des congés du personnel paramédical. Il valide le tableau de service à mois échu dans les outils institutionnels de gestion du temps de travail.

Les responsables de service et d'unité fonctionnelle sont associés systématiquement aux décisions prises au sein du DMU ou en lien avec les directions du GHU, qui les concernent.

La charte de DMU (cf. §II.IV de la présente annexe) formalise les conditions de

cette association ainsi que les délégations de gestion des directeurs médicaux de DMU aux chefs de service.

Dans le cadre de l'amélioration du processus de décision à l'AP-HP visant à développer la transparence, la rapidité et la proximité, les services et les unités fonctionnelles bénéficient notamment :

- › De la mise à disposition d'une information actualisée chaque année sur leurs effectifs théoriques et d'organigrammes clairs des organisations administratives, techniques et logistiques des sites et des GHU.
- › De la répartition des crédits en matière d'équipements et de travaux entre les structures internes du DMU dans une perspective pluriannuelle.
- › De la capacité d'engager les procédures de recrutement sur postes vacants sans autorisation préalable du DMU (hors recrutement PM avec avis formel DMU requis) auprès des directions concernées dans le respect des règles institutionnelles.
- › De règles clarifiées et unifiées pour le remplacement temporaire ou pérenne de plusieurs catégories de personnel
- › D'une base formalisée des règles de gestion des contractuels
- › De la mise en place d'un budget « Vie de service »

Les directions de GHU organisent un dialogue annuel avec chaque service ou unité fonctionnelle de DMU selon des modalités propres à chaque GHU.

Les services et unités fonctionnelles de DMU bénéficient, en fonction des résultats, d'un intéressement économique, selon les modalités définies pour l'ensemble de l'institution.

Le chef de service peut bénéficier d'une délégation de signature de la part du directeur de DMU pour la mise en œuvre du contrat de DMU.

## **Formation des chefs de service et des responsables d'unités fonctionnelles de DMU**

Dans les deux mois suivant leur nomination, les responsables de service ou d'unité fonctionnelle de DMU bénéficient d'une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions portant notamment sur l'exercice du management. 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.

Les chefs de service et les responsables d'unités fonctionnelles de DMU peuvent également à leur demande bénéficier d'une formation à l'issue de leur mandat, en vue de la suite de leur activité ou de la reprise de l'ensemble de leurs activités médicales.

### **Entretien annuel individuel des praticiens**

Les chefs de service et responsables d'UF de DMU reçoivent en entretien annuel les praticiens de leur structure.

Ils peuvent déléguer aux responsables d'UF de service la conduite des entretiens des praticiens de ces structures.

Ils bénéficient eux-mêmes d'un entretien annuel organisé par le directeur de DMU.

### **Indemnité de fonction**

Le temps consacré aux fonctions de chef de service est valorisé et comptabilisé dans ses obligations de service.

Une indemnité de fonction lui est versée. Le montant et les modalités de versement de cette indemnité sont fixés par un arrêté du ministre de la santé.

### **Binôme chef de service-cadre de santé**

Le chef de service exerce ses fonctions en étroite collaboration avec le cadre de santé du service.

Le chef de service et le cadre de santé sont associés au projet d'établissement et de DMU, au projet de gouvernance et de management participatif et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.

Ils organisent la concertation interne et favorisent le dialogue avec l'encadrement et les personnels médicaux et paramédicaux du service.

Les nouveaux binômes bénéficient de formations courtes afin d'accompagner leur prise de fonction.

### **Nomination des chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle**

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle sont nommés, pour une durée de quatre ans, renouvelable, par décision conjointe du directeur gé-

néral et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur médical de DMU, du directeur d groupe hospitalo universitaire, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique ou odontologique.

Le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement peuvent respectivement déléguer au directeur du groupe hospitalo-universitaire et au président de la commission médicale d'établissement locale concernés la décision de nomination des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle.

Dans ce cas, la nomination s'effectue sur décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et 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 concernés.

Toutefois, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement, lorsqu'ils le jugent opportun, peuvent toujours prendre eux-mêmes, conjointement, les décisions comprises dans les délégations qu'ils ont accordées.

Une procédure d'appel à candidatures, ouverte aux praticiens de l'AP-HP, est mise en place pour la nomination des chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle de DMU.

Elle peut être ouverte à des praticiens extérieurs à l'AP-HP à l'initiative conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie ou sur demande conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement et du vice-président doyen du directoire.

Elle donne lieu à publication préalable sur le site internet de l'AP-HP des fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de DMU à pourvoir, ainsi que des conditions requises pour la présentation des candidatures.

Cette publication a lieu également pour le renouvellement des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de DMU.

La CME et les CMEL sont informées annuellement de la liste des chefs de service et des dates de fin de leurs mandats.

La décision de nomination des chefs de service est prise après l'avis d'une commission des nominations dans les trois cas suivants :

► Pour les premières nominations,

- › Pour les renouvellements des chefs de service ayant effectué au moins deux mandats,
- › En cas de pluralité de candidatures.

Cette commission est réunie conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et par le président de la commission médicale d'établissement locale. Elle peut également être constituée et réunie conjointement par le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement si ces derniers le jugent opportun.

Dans le premier cas, elle est notamment composée du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président et du vice-président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et du directeur médical de DMU, du président de la CVHL sous-commission « Vie hospitalière » de la commission médicale d'établissement locale, du directeur des affaires médicales du groupe hospitalo-universitaire, du directeur du site et du représentant médical du ou des sites hospitaliers concernés.

La composition de la commission des nominations est adaptée s'agissant de l'hospitalisation à domicile, des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire et de l'Agence générale des équipements et produits de santé. Elle comprend le cas échéant des membres extérieurs respectivement à l'HAD, à l'hôpital ou à l'AGEPS.

En cas de candidatures multiples, la commission des nominations procède à une présélection des candidats et les auditionne.

Les nominations aux fonctions de chefs de service doivent atteindre au minimum respectent les objectifs de nominations équilibrées femmes-hommes prévus par la loi. Cet équilibre des nominations s'évalue à l'échelle de l'AP HP. Il fait l'objet d'un bilan annuel présenté en CME.

Le praticien nommé présente au conseil de service son projet de service et, quand il s'agit d'un renouvellement, ses propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service.

### **Fin de fonctions des chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle**

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis conjoint du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et après avis du directeur de l'unité de for-

mation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie et du directeur médical de DMU ou sur sa proposition.

### 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 oeuvre des dispositions de **l'article 12**, le directeur du groupe hospitalo universitaire et le président de la CMEL peuvent désigner conjointement un praticien de l'Assistance Publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions, après avis du directeur de DMU, du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et, le cas échéant, avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du PCMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernés si ce groupe hospitalo-universitaire est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

### Concertation interne

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 ou à l'UFD MU,
- ▶ participer à l'élaboration du projet de service ou d'unité et du rapport d'activité,
- ▶ faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou de l'UFD MU.

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 une 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 des nominations prévue à **l'article 12** du présent règlement intérieur.

## 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 pluriprofessionnel 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 créé 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.

Les responsables de service et d'unité fonctionnelle s'appuient sur les outils mis à disposition par le GHU. Sont notamment concernés les démarches d'autodiagnostic, la mise en place d'espaces de dialogue au travail, le baromètre social annuel, ainsi que tout autre dispositif à venir en ce domaine.

## II Les départements médico-universitaires (DMU)

### II.1 Définition, contenu

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 conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la CMEL sur proposition du directeur médical de DMU et du président de la CMEL.

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.

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 DMU unique.

L'AGEPS peut comprendre des DMU pour ses pharmacies à usage intérieur et l'établissement pharmaceutique dont elle a la charge.

L'organisation du groupe hospitalo-universitaire en DMU est régulièrement évaluée et modifiée en tant que de besoin.

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.

## **II.II 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. Pour leurs missions 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.

## **II.III Création, modification ou suppression des DMU**

Les DMU sont créés, modifiés ou supprimés par décision conjointe du directeur général et du président de la CME, après avis du, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, concertation avec le directoire et avis de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement central, sur proposition conjointe du directeur de GHU et du PCMEL après concertation avec le comité exécutif, avis du directeur de l'UFR médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, de la CMEL et du comité social d'établissement local.

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 conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du Président de la CMEL après concertation avec le comité exécutif.

#### **II.IV La Charte de fonctionnement de DMU**

Dans les six premiers mois suivant la nomination des membres de la gouvernance du DMU, le directeur médical de DMU, les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle du DMU ainsi que les cadres de santé des services et des unités fonctionnelles de DMU rédigent une charte de fonctionnement de DMU. Celle-ci décrit les grands principes d'organisation et de fonctionnement du DMU ainsi que les modalités de répartition des responsabilités et des ressources entre le DMU et ses structures médicales internes.

Elle précise les délégations de gestion des directeurs médicaux de DMU aux chefs de service, la répartition des missions entre le comité exécutif du DMU et les binômes chef de service – cadre de santé, ainsi que les modalités d'animation du DMU. Sa mise en œuvre est évaluée annuellement par le directeur du GHU, le PCMEL et le directeur de l'UFR concernée.

Les responsables des structures internes du DMU signent la charte avec l'exécutif du DMU.

#### **II.V 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.

Sans préjudice des missions des chefs de service, 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 de DMU prévues par le projet de DMU.

Sans préjudice des missions des chefs de service, 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 du groupe hospitalo-universitaire. Il peut déléguer sa signature aux chefs de service pour la mise en œuvre du contrat de DMU.

### **Le directeur médical de DMU :**

- élabore, en association avec les chefs de service et les cadres de santé et 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 (UFDMU) 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, et en lien avec les chefs de service et les cadres de soins 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 oeuvre ;
- 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 (dépenses de personnel), en lien avec les personnels concernés et la pharmacie à usage intérieur du groupe hospitalo-universitaire ;

- › coordonne la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS et CAPCU) ;
- › 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 en concertation avec les chefs de service, la création, la modification ou la suppression des structures internes du DMU au directeur du groupe hospitalo-universitaire et au président de CMEL ;
- › émet un avis sur la nomination des responsables des structures internes et contribue à la mise en oeuvre des objectifs de nominations équilibrées prévus par la loi ;
- › s'assure de la mise en oeuvre 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 risque ;
- › favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux et leur participation à la formation continue ;
- › 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.

## **II.VI 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 hiérarchique investie du pouvoir de nomination, qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

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. 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 ; 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 et la charte de DMU.

## **II.VII Entretien annuel individuel des praticiens**

Un entretien professionnel, annuel et individuel est organisé pour chaque praticien. 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, et d'examiner les besoins de formation du praticien.

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.

La 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 ainsi définies dans les documents afférant au plan « RHPM » (2016) : « En cas de difficultés ultérieures, ces comptes rendus font partie des éléments portés à la connaissance de ceux qui doivent traiter ces difficultés ».

Ces entretiens individuels peuvent être l'occasion de porter à la connaissance de la gouvernance du GHU ou de la structure concernée les projets et les compétences individuelles au service du projet collectif ainsi que les besoins en matière de formation.

Le directeur de DMU reçoit en entretien individuel chaque chef de service et responsable d'unité fonctionnelle de DMU.

Il bénéficie pour sa part d'un entretien annuel avec le directeur du GHU, le directeur de l'UFR et le PCMEL.

## **Indemnité de fonction du DMDMU**

Une indemnité de fonction est versée aux directeurs médicaux de DMU, qui comprend une part fixe et une part variable. Cette dernière est modulée en fonction de la réalisation des objectifs institutionnels relatifs au fonctionnement du DMU d'une part et des objectifs contractuels assignés d'autre part.

Le montant de la part variable annuelle est déterminé par le directeur du GHU dans la limite du plafond défini par arrêté ministériel.

## **II.VIII Entretien annuel d'évaluation des cadres de DMU**

Un entretien annuel d'évaluation est organisé :

- ▶ pour le cadre paramédical de DMU, avec le coordonnateur général des soins
- ▶ pour le cadre administratif de DMU, avec le directeur fonctionnel dont il relève.

Les cadres paramédicaux et administratifs bénéficient d'une indemnité de fonction.

## **II. IX Nomination du directeur médical de DMU**

Le directeur médical de DMU est nommé par décision conjointe du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement et du, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France vice-président doyen du directoire, sur proposition conjointe du directeur de GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois.

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, le président de la CMEL et le 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 est transmise à la gouvernance centrale.

Le candidat à la direction d'un DMU doit élaborer une proposition de projet de DMU qui doit comporter les éléments suivants :

- › les objectifs médicaux de soins, qualitatifs et quantitatifs
- › 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
- › 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 groupe hospitalo-universitaires pour le quadriennal
- › les projets d'évolution des structures au cours du quadriennal

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.

Les nominations aux fonctions de directeur médical de DMU respectent les objectifs de nominations équilibrées femmes-hommes prévus par la loi. Cet équilibre des nominations s'évalue à l'échelle de l'AP HP.

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.

## **II. X Fin de fonctions du directeur médical de DMU**

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de directeur médical de DMU par décision conjointe du directeur général et du président de la CME, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, vice-président doyen du directoire.

## **II. XI 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 oeuvre de **l'article 11**, le directeur général, le PCME et le président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France peuvent conjointement désigner un praticien de l'Assistance Publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions 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.

## **II.XII Le quatuor du DMU : directeur médical de DMU /cadre paramédical de DMU /cadre administratif de DMU /directeur référent**

### **Le directeur médical adjoint**

Le directeur de DMU peut désigner un ou plusieurs directeurs médicaux adjoints.

## 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.

## Le 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 GHU et inscrit dans la charte de DMU.
- ▶ contribue à l'élaboration du projet et de la charte de DMU dans son champ de compétence et veille à sa mise en oeuvre 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 en lien avec la direction des soins.
- ▶ 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 oeuvre 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 médico-techniques et du suivi des actions conduites dans le cadre du projet de soins.

Le cadre paramédical de DMU est nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition du 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.

### **Le cadre administratif de DMU**

Le cadre administratif de DMU :

- › participe à l'élaboration et au suivi du projet, de la charte 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 sur proposition du directeur médical de DMU.

### **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 la charte et 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.

## **II.XII bis Organisation propre à la biologie médicale**

Lorsque le GHU comporte un laboratoire de biologie médicale (LBM) qui ne constitue pas à lui seul un DMU, ce laboratoire est dirigé par un biologiste-responsable, garant d'un fonctionnement du LBM conforme aux dispositions du code de la santé publique.

Le biologiste responsable, nommé s'il est DMDMU selon les procédures applicables à cette fonction ou nommé conjointement par le DGHU et le PCMEL, sur proposition du DMDMU, s'il dirige un LBM qui ne constitue pas à lui seul un DMU, exerce ses fonctions de directeur et de biologiste-responsable du LBM avec l'autorité fonctionnelle et l'indépendance professionnelle et technique qu'elles requièrent.

## **II.XIII La gouvernance interne du DMU**

La charte du DMU décrit le fonctionnement des différents organes du DMU, à savoir l'exécutif du DMU, le comité exécutif ou bureau et le comité exécutif ou bureau élargi ainsi que le conseil de DMU.

### **La participation des représentants des usagers**

La charte veille à l'association des représentants des usagers aux processus de concertation au sein du DMU.

Il peut être désigné 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 de DMU et peut être associé au bureau du DMU.

### **Les modalités de concertation interne**

Sans préjudice des missions des chefs de service, le directeur médical de DMU, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, organise la propose au sein de son DMU interne entre les services et les unités qui les composent 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 préfigurées dans le projet de DMU et spécifiées dans la charte.

Le directeur médical de DMU associe les responsables médicaux et paramédicaux 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.

### **La communication interne au DMU et l'animation du collectif**

La charte du DMU précise l'organisation de la communication au sein du DMU et s'attache à la bonne transmission à l'ensemble du personnel du DMU des in-

formations relatives à l'activité, aux projets et au fonctionnement du DMU.

Elle définit les informations diffusées au plus près des professionnels et leur périmètre ; par ailleurs, elle expose les modalités de mise à disposition des exécutifs de DMU et des binômes chef d service cadre de santé des tableaux de bord

## **II. XIV Contrats et projets de DMU**

### **Le contrat de DMU**

Un contrat de DMU est signé conjointement par le directeur général, le président de la commission médicale d'établissement, le président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France et chaque directeur médical de DMU pour une durée de quatre ans sur proposition conjointe du directeur de GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale. La commission médicale d'établissement locale et le comité social d'établissement local en sont informés.

La signature du contrat de DMU peut être déléguée par le directeur général, le président de la CME et le président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France à l'échelon local. Dans ce cas, le contrat est signé par le directeur du GHU, le PCMEL et le directeur de l'unité de formation et de recherche concernée.

Le contrat de DMU définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que de management assignés au DMU d'une part et les moyens qui lui sont attribués d'autre pArt.

Il mentionne les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs.

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 manœuvre suffisantes pour opérer des choix infra annuels.

Notamment, en matière de ressources humaines, il doit laisser de la souplesse dans la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (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 (s'agissant notamment des crédits maladies rares et des 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.

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.

## **Le projet de DMU**

Le directeur médical de DMU en association avec les chefs de service et les cadres de santé élabore un projet de DMU qui définit, sur la base du contrat de DMU, les missions et les responsabilités confiées aux services et unités fonctionnelles, ainsi que l'organisation mise en oeuvre 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.

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.

### **Les 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.

### **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.

Les fédérations « supra-GHU » sont créées, modifiées ou supprimées par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après concertation avec le directoire et avis du président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France. La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GHU » est effectuée à l'initiative soit du directeur général, soit des directeurs des groupes hospitalo-universitaires parties à la fédération.

La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GHU » est

effectuée après avis de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement, après concertation avec les comités exécutifs des GHU et avis du ou des directeurs des UFR médicales pharmaceutiques ou odontologiques, des présidents des CMEL, des directeurs des DMU et des comités sociaux d'établissement locaux concernés.

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 conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement après concertation avec le directoire.

Les fédérations « intra-GHU » sont créées, modifiées ou supprimées par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale, après concertation avec le comité exécutif local et avis du directeur de l'UFR médicale pharmaceutique ou odontologique, des directeurs de DMU et du comité social d'établissement local concernés.

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 « intra-GHU » font l'objet d'une décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale, après concertation avec le comité exécutif local.

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 et les présidents des commissions médicales d'établissement locales concernés, après avis des directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR) et des 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. La fédération comprend un conseil de fédération dont la composition et le fonctionnement sont fixés par le protocole.

Le coordonnateur médical d'une fédération « supra-GHU » est désigné par décision conjointe du directeur général de l'AP-HP et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du président de la conférence des

doyens de santé d'Île-de-France, sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitalo-universitaires et des présidents de CMEL, après avis des directeurs d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique ou odontologique et des directeurs de DMU concernés.

Le coordonnateur médical d'une fédération « intra-GHU » est désigné par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL après avis du ou des directeurs d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique ou odontologique et des directeurs de DMU concernés.

# 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 1ER – 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.

## **ANNEXE 17. CENTRE DE DON DU CORPS >>**

Le Centre de don du corps d'Ile-de-France (Ecole de chirurgie) est constitué au sein de l'Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AGEPS), qui en assure la gestion administrative.

Il fait l'objet d'une convention d'association avec l'université Sorbonne Université.

Il est implanté au 7, rue du Fer-à-Moulin à Paris 5ème.

## Missions

Le Centre de don de corps est une structure d'accueil des corps placée sous le régime de l'article L. 1261-1 du code de la santé publique et de ses textes d'application.

Il est la structure chargée au sein de l'AP-HP de l'accueil et de la gestion des corps des donneurs ayant confié leur corps à la science. Les activités de formation médicale et de recherche menées au sein de l'Ecole de chirurgie, contribuent à la formation initiale des internes en chirurgie d'Ile-de France et à la formation continue des chirurgiens séniors en s'appuyant sur la mise à disposition des corps conservés par le Centre.

Il renseigne les potentiels futurs donneurs, recueille et enregistre les promesses de don, tient à jour le fichier des donneurs, assure la conservation des corps, coordonne les transports de corps et opérations funéraires.

Il assure la traçabilité des corps lors des travaux de recherche et d'enseignement effectués au sein de l'Ecole de chirurgie.

## Administration et fonctionnement

### Le Directeur du Centre de don du corps

Le Centre de don du corps est dirigé par un directeur médical, qui exerce les fonctions réglementaires du « responsable de la structure d'accueil des corps » mentionné par l'article R. 1261-15 du code de la santé publique.

Il assure la direction du Centre au plan médical, scientifique et pédagogique et est assisté pour ce faire par le comité d'éthique, scientifique et pédagogique mentionné ci-après, dont il ne peut être membre.

Il rend compte de sa gestion dans ce champ de compétence au conseil de surveillance du centre de don du corps chaque année et en sus, le cas échéant, sur demande dudit conseil de surveillance mentionné ci-après.

Il présente au comité d'éthique, scientifique et pédagogique un rapport annuel d'activité.

Le directeur médical du Centre est nommé par le directeur général de l'AP-HP, parmi les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés aux articles L. 6151-1 à L. 6151-3 du code de la santé publique ou parmi le personnel de l'université associée au centre appartenant à l'un des corps d'enseignants-chercheurs en application de l'article 5 du décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines de santé et de l'article 6 du décret du n°

92-70 du 16 janvier 1992 modifié relatif au Conseil national des universités.

Il est nommé après avis conforme du président de l'université associée au Centre et information du président de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP ainsi que du directeur de l'UFR de santé de l'université associée.

## Gestion administrative

La gestion administrative du Centre de don du corps, structure interne de l'AP-HP, et tous les actes y afférent est assurée par un responsable administratif, nommé dans cette fonction par le directeur général de l'AP-HP après avis conforme du directeur de l'UFR de médecine de Sorbonne Université, et ayant le titre de directeur administratif.

### Conseil de surveillance

Le Centre de don du corps de l'AP-HP est doté d'un conseil de surveillance, composé de représentants de l'AP-HP et de l'université associée au Centre de don du corps, qui se prononce sur la stratégie du Centre de don du corps et veille à son bon fonctionnement, à la qualité de ses activités et à leur conformité à la réglementation.

Il est composé à parité de quatre membres avec voix délibérative : deux représentants de l'AP-HP désignés par son directeur général et deux représentants de Sorbonne Université désignés par son directeur de l'UFR de médecine.

La présidence est annuellement exercée de manière tournante par un représentant de l'AP-HP, puis de l'UFR de médecine de l'université Paris Sorbonne.

Le directeur médical et le directeur administratif du Centre de don du corps respectivement mentionnés ci-dessus, ainsi que le président du comité d'éthique, scientifique et pédagogique du centre assistent aux séances du conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance peut être saisi de tout différend relatif au fonctionnement du Centre du don du corps. Si nécessaire, il entend les intéressés et propose au directeur général de l'AP-HP toute solution de règlement amiable.

Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an, notamment pour examiner le rapport annuel du Centre et son bilan d'activité.

## Comité éthique, scientifique et pédagogique

Le Centre de don du corps de l'AP-HP est doté d'un comité éthique, scientifique et pédagogique conformément aux dispositions de l'article R.1261-17 du code de la santé publique.

Son président est nommé par le directeur général de l'AP-HP.

## Missions

Le comité d'éthique, scientifique et pédagogique est notamment chargé :

- › d'admettre ou de refuser les dons de corps,
- › de donner un avis sur les projets et programmes d'enseignement ou de recherche qui lui sont proposés et valider l'accès aux corps,
- › de veiller à la bonne conservation des corps
- › de gérer les sorties temporaires ou définitives des corps.

Il rend compte de sa gestion au conseil de surveillance du Centre et produit avec le directeur administratif un rapport d'activité.

Il présente au comité d'éthique, scientifique et pédagogique un rapport annuel.

## Composition

Le comité d'éthique, scientifique et pédagogique comprend entre dix et vingt membres répartis en deux collèges :

1° Un collège composé de personnalités de l'AP-HP et, le cas échéant, de l'établissement associé reconnues pour leurs compétences dans les domaines scientifiques, de la formation et de la recherche, et techniques. Il comprend notamment :

- a) Des enseignants-chercheurs dans le domaine de la santé ;
- b) Des enseignants-chercheurs dans le domaine des sciences humaines et sociales qualifiés notamment en droit, éthique, philosophie ou sociologie en fonction dans l'établissement ;
- c) Un technicien en fonction dans la structure d'accueil des corps ;

2° Un collège composé de personnalités extérieures à l'AP-HP, de niveau régional ou interrégional, dont au moins :

- a) Une personnalité reconnue pour son expertise sur les questions éthiques et scientifiques et qui peut être membre d'une instance éthique reconnue ;

- b) Un chercheur ou enseignant-chercheur des sciences humaines et sociales qualifié notamment en droit, éthique, philosophie ou sociologie ;
- c) Un professionnel exerçant dans le domaine de la santé, qui peut être un psychologue ;
- d) Un professionnel de santé compétent en matière de recherche impliquant la personne humaine qui peut-être un professionnel de centre hospitalo-universitaire ;
- e) Au moins un représentant des donateurs ou de leurs familles.

Le nombre de membres du second collège ne peut être inférieur à la moitié de l'effectif total.

Les membres du premier collège sont désignés par le directeur général de l'AP-HP.

Les personnalités proposées par l'établissement associé sont désignées par le directeur général de l'AP-HP.

Ceux du second collège sont désignés par le recteur de la région académique de Paris, chancelier des universités.

Les membres du comité sont désignés pour un mandat de quatre ans renouvelable une fois. En cas de perte de la qualité pour siéger, un remplaçant est désigné dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

## Financement

Le Centre dispose d'une section de comptabilité analytique propre intégrée au sein des comptes de l'AP-HP dans son EPRD au travers du pôle d'intérêt commun AGEPS.

## Modalités de fonctionnement

### Utilisation des sujets ou des pièces anatomiques

Les conditions d'utilisation des sujets et pièces anatomiques sont conformes aux articles R. 1261-12 à R. 1261-25 du code de la santé publique.

Ces derniers prévoient notamment, les grands principes généraux suivants :

- › Les sujets ou les pièces anatomiques sont exclusivement destinés d'une part

à la formation des membres des professions médicales et paramédicales qui interviennent dans les blocs opératoires sous la supervision des premiers, ainsi que des personnes qui se destinent à l'exercice de ces professions, et d'autre part à la recherche.

- › La participation d'une entité extérieure et de ses personnels n'est possible que dans le cadre d'une formation médicale de grande technicité en matière chirurgicale, ou impliquant le recours à des innovations spécialisées. Elle se fait selon les conditions suivantes :
  - Elle doit rester accessoire,
  - Elle nécessite la passation d'une convention passée entre le tiers et l'AP-HP (AGEPS-Centre de don du corps) et visée par le comité d'éthique scientifique et pédagogique,
  - Elle ne peut être source d'aucun profit.
- › Sans porter atteinte au principe de gratuité, des frais de conservation, de préparation et de mise à disposition des sujets ou des pièces anatomiques, ainsi que d'utilisation des salles, peuvent faire l'objet d'une facturation compensatoire aux utilisateurs, qui doivent en supporter la charge.
- › Les corps doivent faire l'objet de la meilleure restauration possible avant les opérations funéraires, y compris lorsque ces opérations sont réalisées par le Centre de don des corps.
- › La segmentation doit rester exceptionnelle et soumise à l'avis conjoint du directeur du Centre de don du corps et du comité d'éthique scientifique et pédagogique.
- › Le délai maximal de conservation des corps est de deux ans. Six mois supplémentaires peuvent être accordés sur avis du comité d'éthique scientifique et pédagogique, renouvelables une fois, selon la nature et la durée des travaux en cours.

### **Règlement intérieur**

Un règlement intérieur propre au Centre de don du corps précise si nécessaire les conditions de fonctionnement du Centre pour les dispositions le cas échéant non définies dans la présente annexe.

# ANNEXE 18 - COMMISSION DES ACCÈS AUX DONNÉES PATIENT ET ECHANGES (CADOPE) >>

## Composition

La CADOPE est présidée par un directeur général adjoint et pilotée par la déléguée à la protection des données (DPO/DSN).

Elle réunit des membres permanents issus de la CME désignés par le PCME et des membres des directions fonctionnelles désignés par le directeur général : Direction de la stratégie et de la transformation (DST / Direction de l'information médicale (DIM)), Direction qualité, partenariat patient (DQ2P), Direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP), Direction des ressources humaines (DRH), Direction des affaires médicales (DAM), Direction des services numériques (DSN).

## Missions

Chaque profil d'habilitation (on entend par habilitation l'ensemble des droits et permissions attribués à un utilisateur dans un logiciel, en fonction de son rôle et de ses responsabilités) des professionnels de l'AP-HP est précisément défini et calibré au regard des besoins métiers (profil, périmètre d'affectation et spécialité) afin de limiter l'accès aux seules données strictement nécessaires à l'accomplissement des missions conformément aux dispositions des articles 24, 25 et 32 du Règlement général de la protection des données (RGPD).

Certains professionnels peuvent nécessiter d'un accès plus large aux données personnelles sensibles pour les besoins de leurs missions, ponctuellement ou de manière pérenne. Certains agents extérieurs à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris peuvent également avoir des besoins d'accès ponctuels, dans des cas spécifiques. Dès lors que certaines de ces demandes dérogent aux principes de base définis dans la politique d'habilitation, une gouvernance dédiée est précisément mise en place pour les instruire.

La CADOPE, qui est une instance pluridisciplinaire au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, a pour mission de statuer de façon collégiale sur les demandes d'accès aux dossiers informatisés contenant des données personnelles, et plus généralement d'arbitrer, après discussion, sur les questions sensibles et stratégiques en matière de protection des données personnelles et impactant

l'activité ou l'organisation de l'AP-HP.

La CADOPE instruit les demandes qui lui sont soumises et arbitre sur la suite à leur donner, après avoir apprécié la pertinence des besoins d'accès (avis favorable ou pas, et dans quelles conditions : limites de l'accès, fonction supplémentaire autorisée).

Des groupes de travail qui en sont issus visent ainsi à renforcer le niveau de confidentialité des dossiers informatisés contenant des données personnelles.

## Modalités de fonctionnement

La CADOPE se réunit au moins trois fois par an à l'initiative de la DPO (DSN). Son calendrier, son ordre du jour et ses comptes rendus de séances sont établis par la DPO (DSN).

# ANNEXE 19 - COMMISSION CENTRALE DE CONTRÔLE DES ACCÈS AUX DOSSIERS PATIENTS (3CADP) >>

## Composition

La Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers Patients est présidée conjointement par la déléguée à la protection des données (DSN/DPO) et le médecin responsable de l'information médicale au sein de l'AP-HP (DST/DIM).

Elle réunit des membres permanents désignés par le directeur général et issus des directions fonctionnelles suivantes : Direction qualité, partenariat, patient (DQ2P), Direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP), Direction des ressources humaines (DRH), Direction des affaires médicales (DAM) et Direction des services numériques (DSN). La commission est également composée d'un membre de la commission médicale d'établissement désigné par le président de la CME et d'un directeur des soins.

## Missions

La commission contrôle les modalités d'accès aux applications « métiers » traitant des données personnelles sensibles en lien avec la prise en charge des patients (ex : application Orbis).

L'accès au dossier d'un patient n'est autorisé qu'aux professionnels faisant partie

de l'équipe de soin prenant en charge ledit patient ou le suivant régulièrement et uniquement dans la mesure où cela est strictement nécessaire à l'exécution de leurs missions.

Tout autre accès peut être considéré comme illégitime et constitutif d'une violation du secret médical et d'une violation de données personnelles, sanctionnable au niveau disciplinaire, pénal et ordinal.

La 3CADP est une instance pluridisciplinaire qui a pour mission d'arbitrer de façon collégiale sur la légitimité des accès réalisés sur un dossier patient. Elle s'inscrit dans les dispositions des articles 24, 25 et 32 du RGPD.

Les connexions et actions (lecture, modifications, suppressions, etc.) des utilisateurs sur les dossiers patients informatisés sont tracées.

En cas de suspicion d'un accès illégitime à un dossier patient informatisé, toute personne peut demander les traces des connexions. Une gouvernance dédiée est précisément mise en place pour instruire ces demandes.

## Modalités de fonctionnement

En cas de suspicion d'un accès illégitime à un dossier patient, les étapes d'instruction du dossier sont les suivantes :

- **Étape 1 - Réception de la demande de droit d'accès :** en cas de suspicion d'accès illégitime à un dossier patient par un agent, un patient peut obtenir les traces d'accès à son dossier auprès de l'équipe DPO en envoyant un mail à l'adresse [protection.donnees.dsn@aphp.fr](mailto:protection.donnees.dsn@aphp.fr) ;
- **Étape 2 - Extraction des traces et audit des traces :** l'équipe DPO instruit la demande avec les experts techniques de l'application ORBIS. Les traces sont analysées et font l'objet d'un dossier de restitution pour chaque demande ;
- **Étape 3 - Présentation et arbitrage en 3CADP :** les dossiers sont ensuite présentés par l'équipe DPO en 3CADP et un arbitrage est effectué impliquant l'avis de l'ensemble des participants sur la nature de l'accès : illégitime ou pas ;
- **Étape 4 - Rédaction des rapports :** si le ou les accès sont suspectés être illégitimes par la 3CADP, (i) un rapport est adressé au demandeur l'informant de l'avis de la 3CADP et des suites, et (ii) un rapport est transmis en parallèle à la DRH / DAM du site d'affectation de l'agent mis en cause ;
- **Étape 5 - Convocation et sanctions :** suite à la réception du rapport, la DRH (pour les personnels non médicaux) ou la DAM (pour les personnels médicaux) convoque l'agent mis en cause afin qu'il se justifie sur la légitimité de ses accès. Cet entretien permet de caractériser la nature illégitime ou non de l'accès.

La 3CADP se réunit au moins quatre fois par an à l'initiative de la DPO. Le calendrier et l'ordre du jour sont établis par la DPO, qui définit l'ordre de présentation des dossiers en fonction des saisines reçues et du caractère urgent de ces dernières.

Les avis de la 3CADP présentent un caractère strictement consultatif et ne sont pas susceptibles de voies de recours.



# RÉFÉRENCES

(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.

Décret n° 2022-202 du 17 février 2022 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements.

## 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. Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

#### **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 publics 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 condi-

tions 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.

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 aux 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.

Décret n° 2021-1954 du 31 décembre

2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile

#### **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.

Ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières

#### **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 1er août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

Circulaire DHOS/EI/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. Décret n° 2022-690 du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques. Décret n° 2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine

**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. 212-1 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.

**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 1er 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 1er 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 ho-

mologation 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.

Loi n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public

**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° 2019-54 du 30 janvier 2019

**Art. 153**

Loi n°2024-317 du 8 avril 2024

**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<sup>e</sup> siècle.

#### **Art. 182**

Art. 79-1 du Code civil. Circulaire interministérielle DGC L.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 DGC L.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.

### **Art. 193**

R. 2213-13 du Code général des collectivités territoriales.

Décret n°2022-719 du 27 avril 2022

**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. 223 bis**

Loi n°2021-1109 du 24 août 2021

Décret n°2021-1802  
du 23 décembre 2021

### **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 1er 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. 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.



# INDEX

## - 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 des personnes atteintes de troubles mentaux** : art. 100

**Admission des détenus** :

**Admission** : art. 55, 56, 57, 58, 59, 60, 76, 79, 81 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 :** 15, 27  
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

**Greffe 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

**Reglement intérieur** : art. 243, 244, 245

**Regles 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

Retrouvez-nous sur [aphp.fr](http://aphp.fr)

