



## **Objet : Modification du règlement intérieur de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris**

Le règlement intérieur de l'AP-HP nécessite une mise à jour de plusieurs de ses articles et annexes.

Ces modifications résultent soit directement des évolutions législatives et réglementaires (en vert) soit des propositions des différentes directions de l'AP-HP (en rouge).

### **1. Article 1 – L'AP-HP, établissement public de santé**

Modification de l'adresse du Siège suite au déménagement sur le site de l'hôpital Saint-Antoine et ajout de la liste des GHU et hôpitaux n'appartenant pas à un GHU.

#### **Article 1 - L'AP-HP, établissement public de santé**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement public de santé de ressort régional, centre hospitalier régional et universitaire de la région Île-de-France. Elle est dans plusieurs domaines chargée de missions nationales et internationales. Elle gère des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux, ainsi que des services centraux et des services généraux, organisés sous forme de pôles d'intérêt commun.

Le siège de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est fixé au ~~3 avenue Victoria~~ **55 Boulevard Diderot**, à Paris (**4<sup>e</sup>-12<sup>e</sup>**).

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, Adelaïde-Hautval,
- 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'hôpital Paul-Doumer à Liancourt (Oise)
- L'hospitalisation à domicile.

### **2. Article 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**

Mise à jour de l'article suite à la publication de la loi « RIST » (art 24 et 31) et du décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif à la libre organisation des établissements publics de santé et aux fonctions de chef de service dans ces établissements.

**Article 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 président de la commission médicale d'établissement** est le vice-président du directoire. Il présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions. Il élabore, avec le directeur général, le projet médical de l'AP-HP et assure son suivi et 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'établissement.

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.

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

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

La concertation préalable aux décisions du directeur général se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit. Le directoire se réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé. Chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

**3. Article 32 – Nature des règles de sécurité**

Mise à jour de l'article suite à l'instruction ministérielle du 16 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

**Article 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 sont 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, ~~ou~~ à des facteurs naturels ou à des actions malveillantes.

#### 4. Article 33 – Opposabilité des règles de sécurité

Demande de modifications de la Direction de la sécurité générale.

Ajout notamment de la notion de « réputation » afin de prévenir et de traiter toute attaque informationnelle qui viserait à nuire intentionnellement à une entité identifiable de l'AP-HP (personne physique ou morale, logos, etc.), ou à ses intérêts par la distribution d'avis négatifs, de rumeurs, de fausses informations ou par dénigrement.

L'objectif est double :

- En termes de prévention : développement d'une stratégie de sécurité qui consiste à opérer une veille informationnelle à l'utilisation des logos et à la surveillance des réseaux sociaux ;
- Sur le volet pénal : diffamation possible

##### Article 33 - Opposabilité des règles de sécurité

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

#### 5. Article 34 – Accès au groupe hospitalo-universitaire

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

##### Article 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 ~~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. (...)

#### 6. Article 35 – Calme et tranquillité au sein du groupe hospitalo-universitaire

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

##### Article 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.**

## 7. Article 36 – Personnels de sécurité générale

Demande de modifications de la Direction de la sécurité générale et actualisation des références textuelles (abrogation de la loi du 12 juillet 1983 et codification dans le code de la sécurité intérieure). Précisions sur le cadre de l'activité privée de sécurité (inspection visuelle/fouille).

### Article 36 – Personnels de sécurité générale

~~Tous~~ Les personnels assurant la sécurité générale, **quel que soit leur statut**, exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur **du groupe hospitalo-universitaire**. 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 ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive~~

Ils peuvent retenir aux sorties du groupe hospitalo-universitaire, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur du groupe hospitalo-universitaire, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par une unité de soins.

**Les agents prestataires de sécurité, sont soumis dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application, 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.**

## 8. Article 37 – Matériels de sécurité générale

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

### « Article 37 - Matériels de sécurité générale **et de vidéoprotection**

~~« L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéoprotection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives locales compétentes du groupe hospitalo-universitaire. Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients et le droit à la vie privée des usagers et du personnel. L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéoprotection doivent en particulier respecter les dispositions du code de la sécurité intérieure et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.~~

**Les dispositifs de vidéoprotection et de vidéosurveillance, sont mis en œuvre conformément au plan de sécurisation d'établissement (PSE) et dans le respect de la réglementation en vigueur, en particulier le code de la sécurité intérieure, ainsi que la Loi Informatique et Libertés et le 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 en cas de question.

## 9. Article 39 – Sécurité et protection des personnels

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

### « Article 39 - Sécurité et protection des personnels

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

L'Assistance publique – hôpitaux de Paris assure en cas de menaces, est tenue de protéger ses agents contre les atteintes volontaires à l'intégrité des personnes, les de violences, de voies de fait, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les d'injures, les de diffamations ou les d'outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse leur être imputée. la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature d'infractions peuvent porter plainte en leur nom personnel. Pour cela, ils peuvent à leur demande être accompagnés 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.

## 10. Article 41 - Rapports avec les autorités de police

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

### Article 41 – Rapports avec les autorités services de police et de gendarmerie

« ~~Seuls~~ 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 de demande d'intervention par le responsable de sécurité générale. ~~Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du groupe hospitalo-universitaire une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.~~

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur du groupe hospitalo-universitaire facilite l'enquête et la coopération avec les services de police judiciaire dûment mandatés. ~~doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient.~~

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

### 11. Article 42 – Circonstances exceptionnelles

Actualisation de cet article suite à la publication de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (CHSCT – CSE)

#### Article 42 Circonstances exceptionnelles

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

~~Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail~~ 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 ».

### 12. Article 46 - Interdiction de fumer et sur l'article 46 bis – Le vapotage

Suite au Directoire du 18 juillet 2023 et s'agissant du tabagisme et de la Charte « Lieu de Santé sans Tabac » :

- Volonté d'autoriser le vapotage, sauf dans les structures destinées à l'hébergement des mineurs dans lesquels le tabac et le vapotage sont actuellement interdits (RI).
- Volonté d'interdire de façon générale de fumer au sein des GHU, y compris hors des lieux fermés et couverts.

#### Article 46 Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du groupe hospitalo-universitaire ~~fermés et couverts~~. Une signalisation apparente y rappelle, ~~dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leur accompagnants ou de leurs proches, et par les personnels~~, 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.

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

#### **Article 46 bis - Le vapotage**

Le vapotage est autorisé :

- Dans les locaux qui accueillent du public ;
- Dans les locaux recevant des postes de travail, fermés et couverts et affectés à un usage individuel ;
- Dans les chambres individuelles des patients et dans les chambres partagées avec un autre patient qui vapote.

Il est en revanche interdit, en toutes circonstances, au sein des structures destinées à l'hébergement des mineurs.

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

Les patients doivent s'abstenir de vapoter dans leur chambre en présence des personnels.

### **13. Article 47 – Voirie hospitalière**

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

#### **Article 47 Voirie hospitalière**

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

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

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.

### **14. Article 49 – Signalisation et sanctions**

Demande de modifications de la Direction de la sécurité générale.

#### **Article 49 Signalisation et sanctions**

Toutes les dispositions prises en application de l'article 48 doivent être matérialisées ou signalées, et tous les ~~automobilistes~~ **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'eur** 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 ».

#### **15. Article 58 – Admission programmée**

Proposition d'ajout de la mention du dispositif de « préadmission en ligne ».

#### **Article 58 Admission programmée**

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée. ~~Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du groupe hospitalo-universitaire où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.~~ **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.**

#### **16. Article 74 – Hospitalisation à domicile**

Mise à jour de l'article suite à la parution du décret du 31 décembre 2021 qui prévoit notamment que l'HAD n'est plus considérée comme une « structure de soins alternatives à l'hospitalisation ». Par conséquent, avant l'article 74, il est créé une nouvelle section « 1.3bis Hospitalisation à domicile. »

#### **1.3bis Hospitalisation à domicile**

#### **Article 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 ».

### 17. Article 75 - Principes d'organisation de l'activité libérale

Mise à jour des articles 75 et 76 suite à la publication de l'ordonnance du 17 mars 2021 (art. 2), qui précise que les praticiens statutaires doivent exercer au minimum 8 demi-journées par semaine pour pouvoir être autorisés à exercer une activité libérale, sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement de leurs missions. Ajout par ailleurs de la référence à la charte de l'activité libérale de l'AP-HP.

#### Article 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. Cette**

**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.**

### 18. Article 76 – Service public hospitalier et activité libérale

#### Article 76 – Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est la règle au sein du groupe hospitalo-universitaire. Dans certaines spécialités médicales et dans le cadre des dispositions de l'article 75, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins **exerçant à temps plein**, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

### 19. Article 77 - Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Mise à jour de l'article suite à la publication du décret du 3 janvier 2024 relatif à la préparation et à la réponse du système de santé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles.

#### Article 77 - Plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles ~~blanc~~

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 comme les épidémies hivernales et niveau 2 (« 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.

**Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé « plan blanc élargi », si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions**

~~nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.  
Le plan blanc élargi est préparé, au niveau de chaque département, par la délégation départementale de l'agence régionale de santé. Il est arrêté par l'autorité préfectorale compétente, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il est révisé chaque année.»~~

## 20. Article 85 – Consultation des mineurs

Proposition de modification rédactionnelle afin de bien préciser que cet article ne concerne pas le sujet des « MNA » (mineurs non accompagnés).

### Article 85 – Consultations ~~pour les des mineurs non accompagnés~~

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

## 21. Article 86 – Admission des mineurs

Mise à jour des âges d'admission des patients mineurs en fonction des spécificités des unités pédiatriques, issue notamment des décrets récents de la réforme des autorisations (décret du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins critiques + décret du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine).

### Article 86 – Admission des mineurs et prise en charge dans les unités pédiatriques

Les structures médicales pédiatriques prennent en charge les patients mineurs âgés de moins de 16 ans.

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. A titre exceptionnel et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins, ces unités peuvent prendre en charge des mineurs après leur majorité lorsque leur état de santé le justifie ;
- 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 relai 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.~~

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.

#### ~~Groupes hospitalo-universitaires à composante pédiatrique~~

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

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

#### ~~Autres groupes hospitalo-universitaires~~

~~Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations peuvent être autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant soit la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, soit la dispensation de soins dans une unité pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus.~~

Sauf circonstances particulières, un **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. ~~Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation.~~ Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission. La procédure est alors régie par les principes énoncés à l'article 132 du présent règlement.

## **22. Sur Article 99 – Admission des bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre**

Suppression de la référence au « carnet de soins » et précision sur le périmètre de prise en charge des invalides pensionnés (Ordonnance du 28 décembre 2015).

### **Article 99 - Admission des bénéficiaires de l'article ~~L.115~~ L. 212-1 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre**

Les bénéficiaires de l'article ~~L.115~~ L. 212-1 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre ~~sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration du groupe hospitalo-universitaire pendant la durée de leur hospitalisation~~ **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.**

## **23. Article 101 – Information et consentement des majeurs sous tutelle**

Modifications relatives aux régimes des patients sous mesure de protection juridique : distinction des mesures de protection juridique avec représentation et mesures de protection juridique avec assistance.

(loi de programmation de la justice pour 2019-2020 du 23 mars 2019 ; ordonnance du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique).

**Article 101 - Information et consentement des majeurs sous ~~tutelle~~ mesure de protection juridique**

~~Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information conformément aux dispositions des articles 114 et 129 du présent règlement. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision ».~~

« 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.

**24. Article 103 – Audition par les autorités de police**

Modification afin préciser que les auditions de patients sont effectuées par la police par des officiers de police judiciaire (OPJ).

**Article 103 - Audition ~~par les autorités de police~~ dans un 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 ~~doit être~~ est entendu ~~par les autorités de police~~ avec ou sans son consentement. En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient. L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit. Cet avis est immédiatement transmis au directeur du groupe hospitalo-universitaire.

**25. Article 111 – Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'ASE**

Mise à jour au regard des pratiques actuelles des assistants sociaux éducatifs (ASE).

**Article 111 - Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'ASE**

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

- faire examiner les enfants par un médecin ;
- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance ;
- ~~faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.~~
- **prendre toute initiative utile avec le service départemental d'aide sociale à l'enfance.**

**26. Article 113 – Admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation**

Nouvelle dénomination des soins médicaux et de réadaptation (décret du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation).

**Article 113 - Admission au sein d'une unité de soins ~~de suite~~ médicaux et de réadaptation**

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

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

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

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

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans un établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins ~~de suite~~ **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 ~~de suite~~ **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.

## 27. Article 119 – Personne de confiance

Modifications relatives aux régimes des patients sous mesure de protection juridique : distinction des mesures de protection juridique avec représentation et mesures de protection juridique avec assistance (loi de programmation de la justice pour 2019-2020 du 23 mars 2019 ; ordonnance du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique).

Prise en compte des modifications de la loi n° du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

« Article 119 - Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le groupe hospitalo-universitaire est tenu d'informer le patient de cette possibilité. Cette désignation est valable ~~pour la durée de l'hospitalisation~~ 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 tutelle 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 tutelle de protection juridique, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

## 28. Article 124 – Réclamations et voies de recours

Modification résultant du groupe de travail sur les réclamations.

### Article 124 - Réclamations et voies de recours

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

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

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

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 la non-opposition, exprimée sous huit jours, 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 lorsqu'il s'agit :

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

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus 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 et des droits des patients (DAJDP – 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 DAJDP 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. S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJ) de l'Assistance publique hôpitaux de Paris, département de la médiation et de la responsabilité hospitalière, 3 avenue Victoria, 75184 Paris Cedex 04. Au vu des résultats de l'expertise amiable, la DAJ adressera au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité de l'Assistance publique hôpitaux de Paris et dans le cas d'une responsabilité reconnue proposera une transaction avec réparation indemnitaire.

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. Il peut saisir la CCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.

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

## 29. Article 127 – Commission des usagers locales

Modification relative à la possibilité laissée au patient de s'opposer à la communication de sa réclamation à la CDU locale. Réflexion issue du groupe de travail relatif à la gestion des réclamations. Souplesse apportée à la présidence de la CDU.

### Article 127 - Commission des usagers locales

Une ou plusieurs commissions des usagers locales (CDU locales) sont instituées au sein ~~du~~ 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 écrit de la personne~~ **sauf opposition de la personne** concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel.

Les commissions comprennent notamment :

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

~~Le responsable de la politique de la qualité~~ 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 ».

### 30. Article 128 – Représentants des usagers

Modification rédactionnelle.

### Article 128 - Représentants des usagers

Deux représentants des usagers sont désignés par le directeur du groupe hospitalo-universitaire au sein du conseil hospitalier territorial du groupe hospitalo-universitaire parmi les personnes proposées par les associations, régulièrement déclarées, agréées, et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Deux représentants des usagers désignés selon les mêmes critères par le préfet du département de Paris, siègent au conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Deux représentants des usagers et leurs suppléants siègent dans chaque commission des ~~relations avec les usagers~~ ~~et de la prise en charge~~ locale. Ils sont désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Les usagers sont informés de cette désignation. Les représentants des usagers doivent pouvoir être saisis aisément et de façon directe par les usagers.



### 31. Article 133 – Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle

Modifications relatives aux régimes des patients sous mesure de protection juridique : distinction des mesures de protection juridique avec représentation et mesures de protection juridique avec assistance.

(Loi de programmation de la justice pour 2019-2020 du 23 mars 2019 ; ordonnance du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique).

#### **Article 133 - Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous ~~tutelle~~ mesure de protection juridique**

Le consentement du majeur sous ~~tutelle~~ mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne doit être obtenu ~~de manière systématique~~ recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision, 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.

### 32. Article 146 – Règles générales

Introduction d'une disposition de la loi du 11 octobre 2010.

#### **Article 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.

### 33. Article 152 – Missions du service social hospitalier

Modification souhaitée par le département de l'action sociale (DAJDP) afin de préciser l'article.

#### **Article 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 ».

#### 34. Article 153 – Visites

Modification suite à la publication de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (article 11).

##### « Article 153 – Visites

~~Le droit aux visites~~ Les patients ont le droit de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur veille à la mise en œuvre de ce droit et, en définit les horaires et les modalités des visites, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre.

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

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

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

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

#### 35. Article 160 et l'article 225bis – Neutralité et laïcité du service public

Il est proposé de distinguer au sein du règlement intérieur, en deux articles différents, les dispositions relatives à la neutralité et à la laïcité du service public concernant les personnels et les usagers (art. 160 modifié et nouvel art. 225bis).

#### **Article 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 dès lors que notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalo-universitaire, qu'ils soient arborés portés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public ».~~

~~Il en résulte que dès lors que des signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, 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, ils ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalo-universitaire, qu'ils soient arborés portés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne.~~

#### **Article 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.

### **36. Article 186 – Indices de mort violente ou suspecte**

Proposition de modification afin de préciser la conduite à tenir en cas d'indices de mort violente ou suspecte.

#### **Article 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).**

### **37. Article 193 – Don du corps**

Mise à jour de l'article suite au texte encadrant les structures de don du corps (loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique (art. 13) et décret du 27 avril 2022 relatif au don du corps à des fins d'enseignement médical et de recherche).

### **Article 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.

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

La démarche de don peut être entreprise auprès du Centre de don du corps de l'AP-HP, structure d'accueil des corps relevant de l'École de chirurgie des Hôpitaux de Paris (17, rue du Fer-à-Moulin, 75005 Paris ; tél. : 01 46 69 15 20) ou auprès d'un autre établissement de 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.

~~En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt. Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.~~

Le délai du transport du corps vers 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.

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

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 des corps de l'AP-HP sont mentionnées à l'annexe 18 du présent règlement.

### **38. Article 197 – Libre choix de la personne**

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

### **Article 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 l'établissement la structure **sanitaire ou médico-sociale** dans lequel **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** ~~et recevoir son accord~~. 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 de la prise en charge 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.

### 39. Article 198 – Modalités de l'admission

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### Article 198 Modalités d'admission

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

~~Ce Le document individuel de prise en charge~~, établi entre la personne et ~~le groupe hospitalo-universitaire 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. ~~Ce document~~ **Il mentionne également la gestion des effets personnels.**

Ce document est signé par le directeur **de l'hôpital d'accueil** ~~du groupe hospitalo-universitaire~~ ou son représentant et par la personne admise ou son représentant.

### 40. Article 199 – Accueil

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### Article 199 – Accueil

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

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

### 41. Article 201 – Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### **Article 201 - Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement**

Les ~~patients~~ **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 ~~du patient~~ **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) ».

#### **42. Article 202 – Respect de la personne**

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### **Article 202 – Respect de la personne**

« La dignité, l'intimité et la vie privée ~~du patient~~ **de la personne accueillie** doivent être strictement respectées. ~~Elle le patient~~ a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

#### **43. Article 203 – Projet de soins et projet de vie**

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### **Article 203 - Projet de soins et projet de vie**

La direction ~~du groupe hospitalo-universitaire~~ **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** ~~du patient~~, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels **de la personne accueillie** ~~du patient~~ et notamment la prise en charge de la dépendance.

Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation et favoriser les liens **de la personne accueillie** ~~du patient~~ avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des **personnes accueillies** ~~des patients~~ et de leur vie sociale au sein de **l'établissement** ~~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** ~~du groupe hospitalo-universitaire~~ tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures.

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** ~~le groupe hospitalo-universitaire~~ et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

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

#### 44. Article 204 – Relations avec les familles

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 204 - Relations avec les familles proches

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

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

#### 45. Article 205 – Participation des patients à la vie du groupe hospitalo-universitaire

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 205 – Participation des patients personnes accueillies à la vie du site groupe hospitalo-universitaire

L'établissement 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 avec les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et leurs familles et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avec et leurs familles. L'établissement hôpital d'accueil en informe la commission des usagers préalablement.

#### 46. Article 206 – Protection des personnes vulnérables

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 206 – Protection des personnes vulnérables

L'hôpital d'accueil le groupe hospitalo-universitaire est garant du patient 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.

#### 47. Article 207 – Déroulement des soins

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 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.**

#### 48. Article 208 – Liberté des patients et règles de vie

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 208 - Liberté des patients et règles de vie collective

Pendant leur séjour, les ~~patients~~ **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. Ces libertés doivent être régulièrement réévaluées.**

~~Elles~~ **ils** doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis **au sein de** ~~pour~~ l'unité de soins. ~~Elles~~ **ils** doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre **au sein de l'hôpital d'accueil** à l'intérieur du groupe hospitalo-universitaire.

#### 49. Article 209 – Sommes d'argent conservées par les patients

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### « Article 209 – Sommes d'argent conservées par les ~~patients~~ **personnes accueillies**

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

~~Les sommes d'argent conservées, conformément à la législation par la personne accueillie doivent être gérées conformément aux dispositions indications de la note directoriale du 16 avril 1987. 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.

#### 50. Article 210 – Domicile

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 210 – ~~Domicile~~ **Domiciliation**

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



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

### 51. Article 211 – Personnalisation des chambres

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

#### Article 211 – Personnalisation des chambres

Le directeur peut autoriser les ~~personnes accueillies patients~~ qui ~~bénéficient d'une chambre individuelle~~ 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.~~

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.~~

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

### 52. Article 212 – Interruption temporaire de séjour

Mise à jour des articles 212 et 123 en lien avec la DEFIP afin de préciser les conditions de facturation des frais de séjour des patients hospitalisés en unité de soins de longue durée (USLD), et plus précisément la facturation des jours d'absence de ces patients.

#### Article 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.

Les patients 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 du groupe hospitalo-universitaire.

~~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.~~

### 53. Article 213 – Hospitalisation en court séjour

**Article 213 - Hospitalisation en court séjour ou en unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)**

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

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein de l'hôpital du groupe hospitalo-universitaire est de 35 jours pour les patients « payants ».

Elle est variable selon les départements pour les patients pris en charge par ceux-ci au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Pendant cette absence :

- le tarif « dépendance » ne donne plus lieu à facturation, mais le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation ;
- le tarif « hébergement » continue d'être facturé en totalité les trois premiers jours d'hospitalisation. A compter du 4ème 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.

#### 54. Article 214 – Sortie par mesure disciplinaire

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 214 – Sortie par mesure disciplinaire

Conformément à l'article 175 du présent règlement intérieur, les personnes accueillies patients qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourront, après en avoir été avertis par le directeur, soit être changés d'unité médicale, le cas échéant sur un autre site de l'AP-HP, soit être transférés dans un autre groupe hospitalo-universitaire, soit être exclus de l'hôpital du groupe hospitalo-universitaire soit faire l'objet d'une mesure d'exclusion.

#### 55. Article 215 – Sortie volontaire

Proposition de modification faisant suite à des échanges avec la Collégiale des gériatres.

##### Article 215 - Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les personnes accueillies peuvent quitter l'établissement hôpital d'accueil 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.

#### 56. Article 217 – Secret professionnel

Suite à l'audit interne de février 2024, il a été identifié une non-conformité référencée 2402-MIN03 en lien avec le référentiel de certification et notamment au regard de l'exigence A.7.3.1 Achèvement ou modification des responsabilités associées au contrat de travail de la norme ISO 27001 de 2017 qui précise « Les responsabilités et les missions liées à la sécurité de l'information qui restent valables à l'issue de la rupture, du terme ou de la

*modification du contrat de travail, doivent être définies, communiquées au salarié ou au sous-traitant, et appliquées. ».*

Ainsi, il est proposé d'ajouter une phrase suite à la recommandation de l'auditeur : « Les règles en matière de sécurité de l'information qui s'imposent au-delà de la durée d'embauche devraient être définies et communiquées aux collaborateurs et aux prestataires ».

#### **Article 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. **Le secret professionnel continue de s'appliquer après le départ de l'AP-HP des professionnels. (...).**

#### **57. Nouvel article 223bis - Collège de déontologie**

Suite à la publication de la loi n° du 24 août 2021 et du décret du 23 décembre 2021, intégration d'un article nouveau afin de prévoir la composition et les missions du référent déontologue, du référent alerte et du référent laïcité.

#### **Article 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, ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisés 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'autorisations 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 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.

**58. Nouvel article 225 bis – Neutralité et laïcité du service public**

Ajout d'un nouvel article : au regard des obligations opposables aux personnels, l'intégration de cet article permettra de recouvrir l'obligation de neutralité et le respect du principe de laïcité (rédaction validée par le collège de déontologie) Cf. Art 160.

**59. Article 245 – Procédure de modification**

Afin de faciliter l'application immédiate des dispositions issues de textes législatifs et réglementaires, il a été convenu d'effectuer désormais les modifications qui en sont issues sans consultation préalable des instances. Celles-ci en seront cependant informées.

**Article 245 - Procédure de modification**

A l'exception de celles résultant des 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. Ces modifications 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.

**60. Annexe 1 - Commission médicale d'établissement**

- 1) Modification de l'annexe relative aux compétences de la CME au regard notamment de la loi RIST et du décret du 27 mai 2021 et du décret du 17 février 2022.

**« Annexe 1 - Commission médicale d'établissement**

**Composition**

**Membres avec voix délibérative (...)**

[...]

- 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

[...]

**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 (...)**

#### **Modalités de désignation des membres (...)**

Dispositions générales aux membres élus (...)

Dispositions spécifiques par collège (...)

#### **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, l'état 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.
- le projet médical de l'établissement
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- la politique d'accueil et de formation des étudiants de deuxième et troisième cycles des études médicales ;

- 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 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 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, 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.

### **« Annexe 1 - Commission médicale d'établissement**

#### **Composition**

**Membres avec voix délibérative (...)**

**Membres avec voix consultative (...)**

**Invités permanents (...)**

**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 de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et hospitaliers universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit

au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Les fonctions de président de la commission prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission qui l'a élu.

Le président de la commission médicale d'établissement peut déléguer au président de la commission médicale d'établissement locale pour l'examen des questions relatives au groupe hospitalo-universitaire concerné (...).

#### 61. Annexe 4 – Commission médicale d'établissement locale

L'article R. 6144-5-1 du code de la santé publique prévoit une incompatibilité entre les fonctions de PCME avec celles de chef de pôle. Cette précision apparaît au sein de l'annexe 1 du RI de l'AP-HP relative à la CME.

S'agissant de l'incompatibilité des fonctions de PCMEL avec celles de chef de pôle, elle résulte de l'article R. 6147-6 du code de la santé publique qui prévoit que la composition et les modalités de fonctionnement des CMEL sont fixées par le RI de l'établissement, par référence aux règles de composition de la CME. Cette précision sur l'incompatibilité des fonctions n'est à tort pas prévue à ce jour dans le RI. Nous proposons de l'ajouter (suite à des saisines de GHU).

#### **Annexe 4 - Commission médicale d'établissement locale/comité consultatif médical**

##### **4.1 Commission médicale d'établissement locale**

###### **Composition**

###### **Membres avec voix délibérative**

[...]

Le président de la commission est élu parmi les personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les praticiens **titulaires** de l'établissement. 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 (...)**

###### **Membre invité permanent (...)**

###### **Attributions**

###### **Modalités de désignation des membres**

###### **Dispositions générales aux membres élus**

###### **Dispositions spécifiques par collège**

[...]

Les praticiens exerçant au sein de plusieurs groupes hospitalo-universitaires ne sont électeurs et éligibles que dans un seul groupe hospitalo-universitaire, qui est celui de leur  ~~affectation principale~~ **site hospitalier principal d'affectation administrative** (lorsque le nombre de demi-journées ne permet pas de distinguer d'affectation principale, le praticien est électeur dans le site hospitalier dont le numéro d'identification est le plus petit).

Les représentants des sites hospitaliers sont élus par l'ensemble des praticiens électeurs du site hospitalier titulaires, temporaires, non titulaires ou contractuels, à l'exception des praticiens temporaires ou non titulaires hospitaliers exerçant moins de trois demi-journées par semaine au sein du groupe hospitalo-universitaire. Les praticiens sont électeurs à double titre, pour leur collège et pour élire leur représentant de site hospitalier.

**Les directeurs médicaux de DMU sont électeurs à la fois pour leur collège catégoriel au sein de la commission médicale d'établissement et pour le siège de représentant médical du site sur lequel ils sont affectés.**  
(...).



Les candidats aux sièges de représentants de site hospitalier doivent être des praticiens titulaires, hospitaliers ou hospitalo-universitaires. Ils ne peuvent se porter candidats à aucun autre siège au sein de la commission médicale d'établissement locale. Les sites sont définis, pour l'application de la présente annexe, comme les entités disposant ~~d'un~~ **d'une formation spécialisée du CSE CHSCT.**

## 62. Annexe 6 - Comité social d'établissement

Suite à la publication de la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (article 4) et au décret du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public, il convient de remplacer les précédentes annexes 6 et 7 par une annexe unique relative au Comité social d'établissement.

Annexe présentée en CSE en mars 2023 : **voir document joint.**

## 63. Annexe 8 – Commission des relations avec les usagers

Proposition de modification de la composition de la 3CU afin d'y inclure les deux représentants des usagers membres du directoire et de l'HAD et de préciser de manière plus claire les modalités de désignation des représentants des usagers issus de chaque GHU.

### Annexe 8 - Commission des relations avec les usagers

#### 8.1 Commission centrale de concertation avec les usagers

(...)

##### Composition

La commission centrale de concertation avec les usagers est composée comme suit :

- le directeur général de l'AP-HP, président, ou son représentant ;
- ~~le directeur de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;~~ **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 **propose lance un appel à candidatures auprès deux-des** représentants des usagers **après appel à candidatures au sein** 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'hôpital hors GHU.

#### 64. Annexe 9.1 – Instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins

Demande de la DPQAM de faire évoluer la composition de l'instance afin de faire concorder la composition du RI à celle de l'arrêté de composition directorial.

##### Annexe 9.1.1 Composition et missions

##### Comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

##### Composition

Le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est composé comme suit :

##### Membres avec voix délibérative

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- Le président et le vice-président du comité ;
- 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 ~~chaque groupe hospitalo-universitaire ou hôpital ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;~~
- quatre des praticiens hygiénistes ;
- deux des cadres de santé infirmiers ou infirmiers hygiénistes ;
- le représentant du service central de médecine et santé au travail ;
- le délégué à la prévention des infections nosocomiales ;
- le responsable du Service Prévention du risque infectieux (membre de la Direction qualité, partenariat patient) de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le cadre infirmier du Service Prévention du risque infectieux (membre de la Direction qualité, partenariat patient) de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- le référent en antibiothérapie ;
- 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 ;
- une personne référente au sein du siège en matière logistique ;
- un représentant de la direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction des affaires juridiques et des droits des patients ;
  - direction économique, financière de l'investissement et du patrimoine ;
  - direction des ressources humaines ;
  - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
  - direction des soins et des activités paramédicales.

##### 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 technique d'établissement central et un représentant titulaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, désigné respectivement par cette instance, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité. Le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Paris Nord ou son représentant est invité à titre permanent.~~

• le directeur du Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS) et son représentant ».

### Missions (...)

#### 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 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 du directeur général
- 4 des 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 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.

Un membre au moins du comité est membre de la commission médicale d'établissement. 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.

~~Un représentant des usagers au sein de la commission centrale de concertation avec les usagers, un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.~~

### Missions (...)

#### 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 délibératives :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- **le président et le vice-président du comité ;**
- ~~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 des directions du Siège suivantes :~~
- **un représentant de** la direction des affaires médicales
- ~~le représentant de la direction des soins et des activités paramédicales~~ **coordinateur général des soins et conseiller paramédical de la direction générale ;**
- un représentant **titulaire du comité social d'établissement central désigné par cette instance** ~~du comité technique d'établissement central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désigné respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.~~ 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 (...)

### 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 ;**
- les vice-présidents, cadres diététiciens des CLAN locaux ;
- le médecin responsable ~~au sein de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités~~ de la coordination des CLAN locaux de l'AP-HP ;
- le cadre de santé diététicien du siège de l'AP-HP ;
- un biologiste spécialisé en nutrition et un pharmacien de site hospitalier ;
- un représentant de la **direction de la stratégie et de la transformation** ~~e personne~~ référente ~~au sein du siège~~ en matière logistique ;
- un responsable local de la restauration ;
- des médecins spécialisés dont :
  - un anesthésiste-réanimateur ;
  - un spécialiste de la nutrition parentérale au long cours ;
  - un spécialiste de la prise en charge des troubles des comportements alimentaires ;
  - un médecin ou chirurgien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité morbide ;
- un expert en santé publique ;
- un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s **par le conseiller paramédical de la direction-générale des soins et des activités paramédicales** ;
- le vétérinaire du pôle d'intérêt commun ACHAT ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction **de la stratégie et de la transformation** ~~de l'organisation médicale et des relations avec les universités~~ ;
  - ~~direction des soins et des activités paramédicales~~ ;
  - direction **qualité partenariat patient** ~~des patients, usagers et associations~~ ;
- 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 ; ~~ainsi que~~
- le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ~~sont~~ **invités à titre permanent** ;
- 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** technique d'établissement **central désigné par cette instance**. ~~central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.~~

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

#### **Mission (...)**

**Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS)**

### **Composition**

La Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux 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 ;
- le président du CEDIT ou son représentant ;
- le président de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médicotecniques 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** ~~l'organisation médicale et des relations avec les universités.~~

#### **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, ainsi que
- le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ~~sont~~ ~~invités à titre permanent.~~

À la demande du président de la commission médicale d'établissement, du président **de la** COMEDIMS ou à celle **de la commission** ~~du comité~~, 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 (...)**

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

#### **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)
- le responsable central du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ)
- la directrice de la direction qualité partenariat-patient
- 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 identito-vigilance 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 ».

#### 65. Annexe 18 – Centre de don du corps

Nouvelle annexe à ajouter afin de prévoir les modalités d'organisation du centre de don de corps de l'AP-HP (en référence à la nouvelle rédaction de l'article 193 relatif au « don du corps »).

##### **Annexe 18 - Centre de don du corps**

**18.1.** Le centre de don du corps de l'AP-HP (Ecole de chirurgie), implanté au 7, rue du Fer-à-Moulin à Paris 5<sup>ème</sup> et constitué au sein du pôle d'intérêt commun AGEPS, 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.

**18.2.** 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 à l'article 5 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 chaque année et en sus, le cas échéant, sur demande dudit conseil de surveillance mentionné à l'article 4 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.

**18.3.** La gestion administrative du centre de don du corps est assurée par un responsable administratif, nommé dans cette fonction par le directeur général de l'AP-HP sur avis conforme du directeur de l'UFR de santé de l'université associée au centre et portant le titre de directeur administratif.

**18.4.** 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.

**18.5.** Le centre de don du corps de l'AP-HP est doté d'un comité éthique, scientifique et pédagogique du centre 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.

#### 66. Nouvelle annexe relative à la CADOPE (Commission des Accès aux Données Patient et Echanges)



Article nouveau visant à consacrer l'existence de la CADOPE (composition, missions, modalités de fonctionnement).

## **Annexe XX - Commission des Accès aux Données Patient et Echanges**

### **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 désignés par le directeur général issus de la CME et des directions fonctionnelles suivantes : 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 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 discussions, 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).

## **67. Nouvelle annexe relative au 3CADP (Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers Patients)**

Article nouveau visant à consacrer l'existence de la 3CADP (missions, composition, modalités de fonctionnement).

## **« Annexe XX - Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers Patients**

### **Composition**

La 3CADP est présidée conjointement par la déléguée à la protection des données (DSN/DPO) et le responsable de l'information médicale (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).

### **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 ayant pris en charge ledit patient 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 :

- Etape 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) ;

- Etape 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 ;

- Etape 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 ;

- Etape 4 - Rédaction des rapports : si le ou les accès sont préqualifiés d'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 ;

- Etape 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.