



## **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 soit des propositions des différentes directions de l'AP-HP.

### **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,
- 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 **premier** vice-président du directoire. Il **coordonne** ~~élabore,~~ avec le directeur général **l'élaboration et la mise en œuvre du** le projet médical de l'AP-HP, **proposé par la commission médicale d'établissement**, et assure ~~son~~ le 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'AP-HP 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. **Il présente annuellement à la commission médicale d'établissement son programme d'actions.**

**Le directoire** est composé 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~~ **l'AP-HP.**

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

## 3- Article 10 – Organisation interne des groupes hospitalo-universitaires

Le service est identifié comme l'échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales, d'encadrement des internes et des étudiants en santé ainsi qu'en matière de qualité de vie au travail.

Mention est faite de la charte DMU.

Les décisions relatives à la création, modification ou suppression des structures médicales relèvent désormais d'une décision conjointe du DG et du PCME. L'article est modifié pour préciser les modalités de consultation ou d'information en matière des membres de la gouvernance centrale et locale ainsi que des instances.

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

#### **Article 10 - Organisation interne des groupes hospitalo-universitaires**

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

Elle contribue à la qualité de vie au travail de tous les professionnels et suscite des conditions de travail favorables à l'épanouissement individuel et à la réalisation des objectifs des équipes. Elle se fonde sur une analyse des fonctionnements existants, des enjeux de la période, des objectifs stratégiques des équipes, de l'hôpital, du groupe hospitalo-universitaire et de l'AP-HP.

Elle est ouverte aux partenaires de l'AP-HP, notamment la médecine de ville et les autres établissements de santé dans le domaine du soin, et aux universités et à leurs unités de formation et de recherche, ainsi qu'aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) dans les domaines de l'enseignement et de la recherche.

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

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

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

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

Pour leurs missions d'enseignement et de recherche, les DMU agissent en étroite collaboration avec les UFR concernées par leurs activités ainsi qu'avec les EPST et autres partenaires avec lesquels sont conduits des projets de recherche. L'organisation du groupe hospitalo-universitaire en DMU est régulièrement évaluée et modifiée en tant que de besoin.

Les orientations retenues pour cette organisation résultent d'un processus de concertation, impliquant les chefs de service et les responsables des autres structures médicales ainsi que les cadres de santé.

Les principes d'organisation et de bon fonctionnement des DMU font l'objet d'une large concertation, associant, selon les modalités les plus adaptées, l'ensemble du personnel médical et soignant.

Les DMU sont créés, modifiés ou supprimés par décision conjointe du directeur général, du président de la CME, après avis du président de la conférence des doyens des facultés de médecine d'Ile-de-

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

Les DMU sont placés sous la responsabilité d'un praticien titulaire directeur médical de DMU. Ils sont dotés d'un projet de DMU et d'une charte de fonctionnement de DMU, dont les contenus sont précisés à l'annexe 17 du présent règlement intérieur.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les unités fonctionnelles de DMU sont créées, modifiées et supprimées selon les mêmes modalités que les services.

Les unités fonctionnelles de service sont créées, modifiées et supprimées par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, après concertation avec le comité exécutif, la CMEL et le CSEL en étant informés.

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

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

#### Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :

1- Ajouter au 1<sup>er</sup> alinéa, après « de promouvoir la qualité » « la pertinence » :

Arbitrage DG : Accord est donnée pour cette proposition

2- Prévoir un avis de la CME (et non une information) s'agissant de la modification des services et des UF de DMU.

Arbitrage DG : nouvelle proposition de rédaction limitant de façon claire la procédure de simple information des CMEL aux modifications des UF de service dès lors que ces modifications n'ont pas d'effet sur le périmètre d'activité du service auxquelles ces UF appartiennent. Pour toutes les autres modifications touchant à l'organisation interne, la procédure d'avis est maintenue.

#### 4- Article 11 – Nomination et missions du directeur médical de DMU

Le directeur médical de DMU est nommé par décision conjointe du DG, du PCME et du **président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France**, vice-président doyen du directoire, sur proposition conjointe du directeur de GHU, du président de la CMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

L'article prévoit désormais, conformément à la loi, la possibilité de déléguer la signature du directeur médical de DMU au chef de service pour la mise en œuvre des contrats de DMU.

Mention est faite de la charte de DMU.

Introduction des dispositions relatives à la fin de fonctions du DMDMU : décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale **président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France**, vice-président doyen du directoire.

Une disposition porte sur l'objectif de nominations équilibrées femmes-hommes à la direction des DMU.

#### Art. 11 – Missions, nomination et fin de fonctions du directeur médical de DMU

I. Le directeur médical du DMU met en œuvre la politique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au DMU. Sans préjudice des missions des chefs de service il organise, avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du DMU et l'affectation de ses ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du DMU.

Cette organisation est mise en œuvre dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles (unités fonctionnelles de DMU et unités fonctionnelles de service) prévues par le projet de DMU.

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

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

Il est assisté dans ses fonctions :

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

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

Le contrat de DMU définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que de management assignés au DMU ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il mentionne les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs.

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

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

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

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

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

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

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

**Demande amendement bureau de CME et arbitrage DG :**

Prévoir l'association des chefs de service et des cadres de santé à l'élaboration du projet de DMU

Arbitrage DG : accord sur cette proposition

**5- Article 12 – Nomination, missions et fin de fonction des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle**

Clarification de la rédaction, mise en conformité avec la loi sur les compétences conjointes du DG et du PCME et les modalités de délégation aux DGHU et aux PCMEL.

Le chef de service est nommé par décision conjointe du DG et du PCME, après avis du DMDMU et avis du DGHU, du PCMEL et du directeur de l'UFRM concernée.

Disposition sur l'objectif de nomination équilibrées femmes-hommes dans les nominations des chefs de service.

Procédure d'appel à candidatures ouvertes aux praticiens de l'AP-HP avec publication préalable sur le site internet de l'AP-HP : aussi bien pour la nomination initiale que pour les renouvellements, aussi bien pour les chefs de service que pour les responsables d'UF de DMU.

**Art. 12 - Missions, nomination et fin de fonction des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle**

I. Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.

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

II. Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle, en conformité avec le contrat et le projet de DMU et la charte de DMU, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de DMU, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ainsi que la répartition du temps médical au sein de l'équipe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

VI. En cas de candidatures multiples, la commission ad hoc procède à une pré-sélection des candidats et les auditionne.

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

VIII. Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis conjoint du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie et du directeur médical de DMU ou sur sa proposition.

#### **Demande amendement bureau de CME et arbitrages DG :**

Prévoir une information annuelle au DG et au PCME de la liste des chefs de service et dates de fin de mandat.

Arbitrage DG : prévoir une information annuelle de la CME au même titre que les CMEL.

## **6- Article 14 – Exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale**

La désignation de praticiens « provisoires » est effectuée conjointement par le DG/DGHU et le PCME/PCMEL.

### **Article 14 – Exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale**

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

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

## 7- Article 15 – Fédérations – Départements hospitalo-universitaires

L'article 15 est modifié afin de tenir compte de l'échec de la mise en place en pratique de départements hospitalo-universitaires (DHU) au sein de l'AP-HP.

### **Article 15 - Fédérations – ~~Départements hospitalo-universitaires~~**

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

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

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

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

En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, un DMU ou l'une ou plusieurs des structures médicales qui le composent peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, et le cas échéant avec d'autres DMU, un département hospitalo-universitaire (DHU). La constitution du DHU est effectuée à l'issue d'un appel à projet. Un contrat entre l'Assistance publique hôpitaux de Paris, la ou les universités et le ou les organismes de recherche concernés définit l'organisation ainsi que les conditions de fonctionnement et de gouvernance de ce département. Le comité de la recherche en matière biomédicale en santé publique

~~en est saisi pour avis ; le comité de la recherche en matière biomédicale et en santé publique local en est informé. La création des DHU donne lieu à une information de la commission médicale d'établissement locale et à la consultation du comité technique d'établissement local et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local des groupes hospitalo-universitaires concernés.~~

## 8- Article 32 – Nature des règles de sécurité

Mise à jour de l'article afin de prendre en compte 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.**

## 9- 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 des responsables de sécurité générale du groupe hospitalo-universitaire~~. (...)

#### 10- 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 de personnes ~~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. (...)

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

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure.

Il est introduit la possibilité de faire appel à un agent de la force publique ou à un agent assermenté en cas d'infraction.

Le régime applicable au dispositif d'assermentation de « gardes particuliers » est décliné par les articles 29 et 29-1 du code de procédure pénale et précisé par les articles R. 15-33-24 et s. du même code.

##### **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.~~

#### 12- 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.**

### **13- 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 aux dispositions du code de la sécurité intérieure, ainsi que de la loi Informatique et Libertés et du Règlement (UE) 2016/679 sur la protection des données (le « RGPD »).**

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

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

Les instances représentatives du personnel sont, dans toutes les circonstances, consultées avant la décision d'installation des caméras de vidéoprotection dans l'enceinte de l'hôpital. Les usagers et le personnel sont notamment informés de façon visible de l'utilisation de ces dispositifs, de leurs finalités, ou encore de leur droit d'accès et de la possibilité de se rapprocher du service concerné ou de la DPO de l'AP-HP pour recevoir les explications qu'ils jugent nécessaires.

#### 14- 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 ils pourraient être victimes 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.

#### 15- 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 des demandes 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

~~systematiquement 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 **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.

## 16- 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 ».

## 17- 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 et divers locaux tels que les salles d'attente.
- Volonté d'interdire de façon générale de fumer au sein de l'enceinte hospitalière, 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 interdit au sein des structures destinées à l'hébergement des mineurs.

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

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

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

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

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

#### **18- 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.

### 19- Article 49 – Signalisation et sanctions

Demande de modifications de la Direction de la sécurité intérieure. Il est introduit la possibilité de faire appel à un agent de la force publique ou à un agent assermenté en cas d'infraction.

Le régime applicable au dispositif d'assermentation de « gardes particuliers » est décliné par les articles 29 et 29-1 du code de procédure pénale et précisé par les articles R. 15-33-24 et s. du même code.

#### 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 ».

### 20- 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.

## **21- Article 74 – Hospitalisation à domicile**

Mise à jour de l'article à la suite 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 ».

## **22- 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.

### 23- 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.

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

Mise à jour de l'article à la suite 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 telles que les épidémies hivernales et un second niveau (« plan blanc ») pour la gestion d'une situation sanitaire exceptionnelle ayant un impact majeur sur l'établissement et nécessitant une mobilisation de toutes ses capacités.

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

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 ».

### 25- 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~~**

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

Cependant, lorsqu'un mineur ~~non accompagné~~ se présente seul 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.

**26- 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. A titre exceptionnel et transitoire, afin d'assurer la continuité des soins, elles peuvent prendre en charge des mineurs au-delà de cet âge lorsque leur état de santé le justifie.

Conformément à la réglementation :

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

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

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.

## 27- 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.**

## 28- 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.

**29- 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.

**30- 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.**

### 31- 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.

### 32- Article 119 – Personne de confiance

Prise en compte des modifications de la loi n° 2024-317 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~~ **protection juridique,** le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

### 33- 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 l'obtention préalable de l'accord de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Ces dispositions sont mises en œuvre au sein des groupes hospitalo-universitaires selon des modalités établies avec les représentants des usagers.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) **en vue d'une procédure de conciliation dans deux cas** 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 – Il peut exercer un recours devant le du tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage. Préalablement à tout recours pour obtenir une indemnité devant le juge administratif, le requérant doit formuler une demande préalable auprès de l'AP-HP (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 (AP), sous forme d'une requête amiable, une demande d'indemnisation pour réparation de préjudice.**

### **34- Article 127 – Commission des usagers locales**

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 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 ».

### 35- 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.

### 36 - 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 systématiquement 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.

**37- 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.

**38- 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 ».

### 39- 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 ; ces dispositions s'appliquent aux visiteurs majeurs et mineurs ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police.
- en cas de menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement.

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

### 40- 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, et non en un seul, 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 les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalo-universitaire, dès lors qu'ils constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public, Cette disposition s'applique indifféremment aux patients, à leurs familles et à toute autre personne.~~

#### **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.~~

#### **41- 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).

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

#### 43- 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.

#### 44- 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 les modalités de 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.



#### 45- 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.

#### 46- 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) ».

#### 47- 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.

#### 48- 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 ».

#### 49- 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 ».

#### 50- 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.

**51- 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.

**52- 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~~.

**53- 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~~. Les modalités d'exercice de 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~~.

#### 54- 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.

#### 55- 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 des personnes placées sous le régime de la tutelle, **la personne** durablement **hospitalisée** peut obtenir sa domiciliation **au sein de l'hôpital d'accueil.**

**Les personnes** ~~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.~~

#### 56- 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 et notamment induire des perturbations sonores.**

~~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 ».~~

## 57- 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 de l'hôpital d'accueil.

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

## 58- 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.**

### 59- 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.**

### 60- 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.**

### 61- 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.* ».

Il est proposé d'ajouter une phrase suite à la recommandation suivante de l'audit : « 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 ».

Proposition d'ajout d'une disposition afin de préciser que les représentants des usagers sont soumis au secret professionnel.

### **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.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du groupe hospitalo-universitaire **y compris les représentants des usagers. Le secret professionnel continue de s'appliquer après le départ de l'AP-HP des professionnels. (...).**

### **62- 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 et ses modalités d'organisation et de fonctionnement sont précisées dans le règlement intérieur du collège de déontologie.

#### **Au titre de ses missions de référent déontologue :**

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

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

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

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

**Au titre de ses missions de référent alerte :**

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

**Au titre de ses missions de référent laïcité :**

Le collège peut être saisi par tout professionnel de l'AP-HP afin d'obtenir des conseils relatifs à la mise en œuvre du principe de laïcité dans le cadre de l'exercice de ses fonctions. Il est chargé de sensibiliser l'ensemble des professionnels de l'AP-HP au principe de laïcité et organise la journée annuelle de 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.

**63- 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.

**64- 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 se limitant à retranscrire les~~ évolutions législatives et réglementaires, les modifications apportées au règlement intérieur et aux règlements intérieurs des hôpitaux et groupes hospitalo-universitaires sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites aux articles 243 et 244 ci-dessus.

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

**Demande amendement bureau de CME et arbitrage DG :**

Le BCME ne souhaite pas prévoir une procédure « allégée » avec information de la CME s'agissant des modifications résultant des évolutions législatives et réglementaires.

Arbitrage DG : nouvelle proposition de rédaction afin de prévoir que les modifications se limitant à retranscrire les évolutions législatives et réglementaires donnent lieu à une information de la CME.



## 65- 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 collègue (...)

##### 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, **la pertinence** et la sécurité des soins

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

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

**Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité, 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 (...).

## 66- 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. Il est proposé de l'ajouter.

Proposition visant à prévoir la possibilité de participation d'un représentant des usagers invités permanent à la CMEL.

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

#### 4.1 Commission médicale d'établissement locale

##### Composition

##### Membres avec voix délibérative

La composition des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitalo-universitaires de l'AP-HP est fixée comme suit :

- L'ensemble des directeurs médicaux de DMU lorsque le GHU compte moins de 11 DMU
- 10 directeurs médicaux de DMU élus parmi les directeurs de DMU du GHU lorsque le GHU compte au moins 11 DMU ; (...)

[...]

Le président de la commission est élu parmi les personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les praticiens titulaires de l'établissement. Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et hospitaliers, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires du GHU. Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois. Les fonctions du président de la commission médicale d'établissement locale sont incompatibles avec les fonctions de directeur médical de DMU.

##### Membres avec voix consultative (...)

##### Membre invité permanent

- Un représentant de la commission locale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

## Attributions

### Modalités de désignation des membres

### Dispositions générales aux membres élus

### Dispositions spécifiques par collègue

[...]

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, le collège des directeurs de DMU au sein de la commission médicale d'établissement et pour le siège de représentant médical du site sur lequel ils sont affectés au sein de la CMEL (...).**

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

## Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :

**1-** Le BCME souhaite que soit prévu dans la composition des CMEL « l'ensemble des directeurs médicaux de DMU lorsque le GHU compte moins de 11 DMU » et « 10 directeurs médicaux de DMU élus parmi les directeurs de DMU du GHU lorsque le GHU compte au moins 11 DMU. » ; ceci afin de se conformer à l'esprit des textes qui prévoient que la composition des CMEL est fixée par le règlement intérieur par référence aux règles de composition de la CME (art. R6147-6 CSP).

Pour les CME l'article R.6144-3-1 du CSP prévoit que lorsque le nombre de chefs de pôles est supérieur ou égal à 11, le règlement intérieur détermine le nombre de représentants élus par et parmi les chefs de pôles, ce nombre ne pouvant être inférieur à 10.

Arbitrage DG : accord est donné pour cette proposition.

**2-** le BCME demande à ce que soit précisé les modalités d'élection du PCMEL en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et hospitaliers, comme c'est le cas pour le PCME.

Arbitrage DG : accord est donné pour cette proposition.

**3-** Le BCME propose de remplacer l'expression « collège catégoriel » par « collège des directeurs médicaux de DMU » (pour plus de clarté) et ajouter « locale » après « commission médicale ».

Arbitrage DG : Nouvelle proposition de rédaction « *Les directeurs médicaux de DMU sont électeurs à la fois pour le collège des directeurs de DMU au sein de la commission médicale d'établissement et pour le siège de représentant médical du site sur lequel ils sont affectés au sein de la CMEL.* »

## 67- Annexe 6 – Comités sociaux d'établissement central et locaux et les formations spécialisées en leur sein

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée, conformément au décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021, d'un comité social d'établissement dénommé « comité social d'établissement central » (CSEC). Substitution de l'annexe 6 (CTE) et 7 (CHSCT) du règlement intérieur par cette nouvelle annexe.

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

Voir document joint.

## 68- 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 de** ~~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'un hôpital ne relevant pas d'un GHU.**

## 69- Annexe 8 bis – Comité de certification de l'AP-HP

L'annexe 8 bis relative à la certification de l'AP-HP est supprimée.

Cette commission n'a pas eu l'occasion de se réunir ces trois dernières années et les sujets en lien avec la certification sont évoquée à l'occasion de points régulier entre la Direction qualité partenariat patients (DQ2P) et les directeurs qualité des GHU.

## 70- Annexe 9.1 – Instances centrales relatives à la qualité, **la pertinence** et à la sécurité des soins

Demande de la DPOAM 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 nommés par le directeur général sur proposition du PCME ;**
- 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 de l'AP-HP.

Invités permanents (membres avec voix consultative) :

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

~~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 délibérative :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- le président et le vice-président du comité du **hommés par le directeur général sur proposition du PCME ;**
- des présidents des « CLUD-SP » des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ou leurs représentants ;
- un représentant de la collégiale des infirmiers diplômés d'État « consultants douleur » ;
- un représentant de la collégiale des soins palliatifs ;
- un représentant de la collégiale des médecins de la douleur d'Île-de-France ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un représentant de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- un représentant des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- un représentant des unités de soins palliatifs ;

- un représentant de l'inter-CLUD gériatrique de l'AP-HP ;
- un représentant des professionnels spécialisés dans la prise en charge pédiatrique ;
- un infirmier expert dans le domaine d'action du comité ;
- un représentant des usagers.

**Sont par ailleurs invités à titre permanent :**

~~• un représentant 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 nommé par le directeur général sur proposition du PCME ;**
- 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 nommés par le directeur général sur proposition du PCME ;**
- ;
- le président du CEDIT ou son représentant ;

- le président de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médicotéchniques 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 ~~et~~ 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, **pertinence** 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) vice-président
- le responsable central du système de management de la qualité de la pertinence et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ)
- la directrice de la direction qualité partenariat-patient vice-président
- le président du comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS)
- le président de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)
- le président du comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)
- le président du comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le président du comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- les présidents des comités locaux des vigilances et des risques médicaux associés aux soins des groupes hospitalo-universitaires et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalo-universitaire ;
- le médecin responsable de la gestion des risques associés aux soins au sein de la direction qualité partenariat patient ;
- le médecin responsable du service prévention du risque infectieux au sein de la direction qualité partenariat patient ;
- le pharmacien responsable du service parcours médicamenteux et DMS patient au sein de la direction qualité partenariat patient ;
- un représentant de la fédération de pharmacovigilance d'Île-de-France
- Les correspondants en central en hémovigilance
- Le correspondant en central en matériovigilance
- La directrice projet en 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 ».

#### **Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :**

**1-** Le BCME souhaite qu'à chaque fois où elle est utilisée (y compris dans le titre de l'annexe), remplacer l'expression « qualité et à la sécurité des soins & aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (QSS & CAPCU) par « qualité, pertinence et à la sécurité des soins & aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (QPSS & CAPCU).

Arbitrage DG : accord est donné pour cette proposition.

**2-** Le BCME souhaite qu'à chaque fois où est cité le président ou le vice-président de cette instance, ajouter après « nommés par le directeur général sur proposition du président de la CME.

Arbitrage DG : accord est donné pour cette proposition.

**3-** Le BCME souhaite que soit précisé après « le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), « vice-président » et après « la directrice de la qualité, du partenariat et des patients », ajouter « vice-président ».

Arbitrage DG : accord est donné pour ces propositions

## **71- Annexe 10 – Commissions d'activité libérale**

### **10.1 Commission centrale de l'activité libérale**

#### **Attributions**

Une commission centrale de l'activité libérale est instituée au sein de l'Assistance publique hôpitaux de Paris, en application des articles L. 6154-5 et R. 6154-11 et suivants du Code de la santé publique. Cette commission est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des

dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens.

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie compétente, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale d'établissement, le directeur général de l'AP-HP ou le président de l'une des commissions locales de l'activité libérale. Un praticien peut saisir la commission centrale de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

La commission peut soumettre aux autorités susmentionnées à l'alinéa précédent toute question ou proposition relative à l'activité libérale des praticiens.

La commission établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'AP-HP et sur les informations financières qui lui ont été communiquées en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5.

Le rapport est en outre communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, **à la commission centrale de concertation avec les usagers** et au directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

Elle peut, sous réserve du respect du secret médical, demander toutes informations utiles sur l'activité libérale d'un praticien, et notamment la communication des statistiques de son activité qui sont détenues par les organismes de sécurité sociale compétents.

~~Elle donne de son avis ou formule des propositions sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale donnée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la base des contrats conclus entre les praticiens libéraux et l'AP-HP.~~

### Composition

Les membres de la commission centrale de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France. La commission comprend, conformément à l'article R. 6154-12 du Code de la santé publique :

- le directeur général de l'AP-HP ou son représentant ;
- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins du département d'implantation du groupe hospitalo-universitaire, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- ~~deux représentants non médecins désignés par le conseil de surveillance, dont au moins un parmi ses membres~~ **deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;**
- ~~un représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France désigné par son directeur général ;~~
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens de l'AP-HP exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- ~~un praticien hospitalier à temps plein de l'AP-HP, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement~~ **un praticien hospitalier mentionné au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ou un membre du personnel enseignant et hospitalier mentionné à l'article L. 952-21 du code de l'éducation exerçant à l'AP-HP, désigné par la commission médicale d'établissement, n'exerçant pas d'activité libérale ;**



- un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour.

En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

### Fonctionnement

Le mandat des membres de la commission centrale de l'activité libérale d'établissement est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 (directeur général de l'agence régionale de santé, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, président du conseil de surveillance, président de la commission médicale d'établissement et directeur général de l'AP-HP) ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la politique médicale **des affaires médicales**.

~~Lorsque, par application de l'article L. 6154-6, la commission est consultée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la suspension ou le retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien ou qu'elle décide de se saisir du cas d'un praticien, son président désigne, parmi les membres de la commission, un rapporteur chargé d'instruire le dossier. Le praticien peut prendre connaissance des pièces de son dossier trente jours au moins avant la réunion de la commission. Il peut demander à être entendu par celle-ci ou présenter des observations écrites et se faire assister par un ou des défenseurs.~~

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

Si l'un des praticiens membres de la commission est en cause, il ne peut siéger pour l'examen de son cas. La commission médicale d'établissement lui désigne un remplaçant pour la durée de la procédure. La commission arrête ses propositions ou avis à la majorité de ses membres présents.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

~~Les avis et propositions de la commission sont motivés.~~

~~Lorsqu'elle a été saisie par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission rend son avis deux mois au plus tard après cette saisine. Passé ce délai, cet avis est réputé rendu.~~

~~La durée de la suspension de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale prévue par l'article L. 6154-6 ne peut excéder deux ans.~~

~~La décision de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale est notifiée par le directeur général de l'Agence régionale de santé au praticien concerné ainsi qu'au directeur général de l'AP-HP par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.~~

## 10.2 Commissions locales de l'activité libérale

Il est constitué à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris autant de commissions locales de l'activité libérale qu'il existe de commissions médicales d'établissement locales, conformément à l'article R. 6154-13 du Code de la santé publique, c'est-à-dire une par groupe hospitalo-universitaire.

### Missions

Les commissions locales de l'activité libérale sont chargées de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elles apportent à la commission centrale de l'activité libérale les informations et les avis utiles à l'exercice de sa mission et peuvent saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires temps plein.

### Composition

Les membres de la commission locale de l'activité libérale sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission locale comprend :

- **le directeur du groupe hospitalo-universitaire ou son représentant ;**
- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins du département d'implantation du groupe hospitalo-universitaire, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- deux représentants non médecins désignés par le conseil ~~de surveillance~~ **hospitalier de territoire** dont au moins un parmi ses membres ;
- ~~un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;~~
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens exerçant une activité libérale : l'un désigné par la commission médicale d'établissement locale ~~compétente~~ et l'autre désigné par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens exerçant en dehors du groupe hospitalo-universitaire ;
- **un praticien hospitalier mentionné au 1° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique ou un membre du personnel enseignant et hospitalier mentionné à l'article L. 952-21 du code de l'éducation exerçant dans le groupe hospitalo-universitaire** ~~un praticien statutaire à temps plein~~, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

La commission élit son président parmi ses membres, par vote à bulletin secret, à la majorité absolue au premier tour de scrutin, à la majorité relative au second tour. En cas d'égalité de voix au second tour, les intéressés sont départagés au bénéfice du plus âgé.

### Fonctionnement

Le mandat des membres de la commission locale de l'activité libérale est de trois ans. Les membres qui perdent la qualité au titre de laquelle ils ont été appelés à siéger sont remplacés dans les mêmes conditions de désignation pour la durée du mandat restant à courir.

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret. **La commission arrête ses avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.**

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

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

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

## **72- Annexe 17 – Principes essentiels du fonctionnement des structures médicales à l'AP-HP**

L'annexe 17 est modifiée afin de prendre en compte notamment les évolutions issues de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (loi « Rist ») mais également des organisations nouvelles dont l'intérêt est justifié par l'expérience de fonctionnement des services et DMU depuis 2019. La rédaction nouvelle vise à réaffirmer l'importance du service dans l'organisation médicale.

Cette annexe détaille les articles 10, 11 et 12 du règlement intérieur et intègre les modifications apportées à ces articles.

Elle adopte un plan simplifié et traite successivement des services, des DMU et des fédérations.

Elle met l'accent sur le rôle du service, instaure la charte de DMU et développe les éléments clé de l'amélioration du processus de décision vers davantage de transparence, de rapidité et de proximité (levier 17).

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

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

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

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

#### **I.I. Définition, contenu**

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

Les services assurent au plan médical et paramédical la prise en charge des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la mise en œuvre des projets de recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement, en lien avec le projet de DMU. Ils peuvent être composés d'unités fonctionnelles de service (UFS).

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un DMU pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Elles sont alors appelées unités fonctionnelles de DMU (UFDMU). Un service ou une unité fonctionnelle intégré dans un DMU ne peut relever que d'un seul DMU. Sauf exception résultant de l'existence de contraintes géographiques importantes ou de surspécialités induisant des filières de soins spécifiques, les services et unités fonctionnelles de même discipline au sein d'un groupe hospitalo-universitaire sont regroupés au sein d'un même DMU.

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

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

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

Est considéré comme une modification du service tout changement de périmètre du service se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une unité fonctionnelle de service.

~~Les unités fonctionnelles de service sont créées, modifiées et supprimées par décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la CMEL, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie, après concertation avec le comité exécutif, la CMEL et le CSEL en étant informés~~

~~Les unités fonctionnelles de DMU sont créées, modifiées et supprimées selon les mêmes modalités que les services.~~

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

## I.III Gouvernance

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

~~Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle assurent la conduite générale du service ou de l'unité fonctionnelle dont ils sont en charge, la mise en œuvre des missions qui leur sont assignées et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien.~~

« Les chefs de service assurent la conduite générale du service dont ils sont en charge, ainsi que la mise en œuvre des missions des services définies au I.1 de la présente annexe et de leur projet de service. Sous l'autorité fonctionnelle des directeurs médicaux de DMU, ils concourent à la mise en œuvre du contrat de DMU.

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

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

~~Les responsables des services et des unités fonctionnelles sont chargés de veiller (les chefs de service et responsables des UF de DMU sous l'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU et les responsables des UF de service sous l'autorité fonctionnelle du chef de service) à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.~~

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

Elle s'entend par :

- le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel elle s'exerce,
- le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs,
- le pouvoir de réformer leurs décisions.

En revanche, elle ne comprend pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité hiérarchique investie du pouvoir de nomination, qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

L'autorité fonctionnelle dont disposent les responsables médicaux sur les personnels médicaux qui leur sont affectés s'exerce dans le respect :

-de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chaque praticien, par référence à l'article 95 du code de déontologie médicale : le fait pour un médecin d'être lié dans le cadre de son exercice professionnel à son établissement n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions, et le médecin doit notamment toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ;

-des missions et responsabilités des services et unités fonctionnelles telles que prévues par le projet et la charte de DMU.

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de DMU élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle, en conformité avec le contrat et le projet de DMU et la charte de DMU, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de DMU, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ainsi que la répartition du temps médical au sein de l'équipe.

Plus particulièrement en matière de ressources humaines médicales, le chef de service définit et organise les activités médicales du service en prenant en compte les moyens qui lui sont alloués. Il répartit les activités médicales et les missions au sein de l'équipe médicale ; à ce titre, il élabore le

tableau de service en veillant notamment à la continuité de la couverture médicale, à l'équilibre de la répartition de la charge de travail et au respect des règles associées au temps de travail. Il veille à mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des présences médicales cohérente au regard de l'activité prévisionnelle et de l'organisation des congés du personnel paramédical. Il valide le tableau de service à mois échu dans les outils institutionnels de gestion du temps de travail.

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

La charte de DMU (cf. §II.IV de la présente annexe) formalise les conditions de cette association ainsi que les délégations de gestion des directeurs médicaux de DMU aux chefs de service.

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

-De la mise à disposition d'une information actualisée chaque année sur leurs effectifs théoriques et d'organigrammes clairs des organisations administratives, techniques et logistiques des sites et des GHU

-De la répartition des crédits en matière d'équipements et de travaux entre les structures internes du DMU dans une perspective pluriannuelle

-De la capacité d'engager les procédures de recrutement sur postes vacants sans autorisation préalable du DMU (hors recrutement PM avec avis formel DMU requis) auprès des directions concernées dans le respect des règles institutionnelles.

-De règles clarifiées et unifiées pour le remplacement temporaire ou pérenne de plusieurs catégories de personnel

-D'une base formalisée des règles de gestion des contractuels

-De la mise en place d'un budget « Vie de service »

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

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

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

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

Dans les deux mois suivant leur nomination, les responsables de service ou d'unité fonctionnelle de DMU bénéficient d'une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions portant notamment sur l'exercice du management. Il est proposé à tout nouveau chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle de DMU qui le souhaite un dispositif d'accompagnement dans sa prise de fonctions.

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

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

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

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

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

### **Indemnité de fonction**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cas de candidatures multiples, la commission ad hoc procède à une pré-sélection des candidats et les auditionne.

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

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

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

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle par décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement, après avis conjoint du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale et après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et le cas échéant de l'UFR de pharmacie ou d'odontologie et du directeur médical de DMU ou sur sa proposition.



### **Exercice provisoire de fonctions**

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre des dispositions de l'article 12, le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la CMEL peuvent désigner conjointement un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions, après avis du directeur de DMU, du directeur de l'unité de formation et de recherche concernée et, le cas échéant, avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du PCMEL et du directeur de l'unité de formation et de recherche concernés si ce groupe hospitalo-universitaire est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

### **Concertation interne**

Chaque service ou unité fonctionnelle de DMU met en place un conseil de service ou conseil d'unité fonctionnelle de DMU.

Il a notamment pour objet de :

- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service ou à l'UFDMU,
- participer à l'élaboration du projet de service ou d'unité et du rapport d'activité,
- faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou de l'UFDMU.

Ce conseil est ouvert à l'ensemble du personnel du service ou de l'unité fonctionnelle de DMU. Le directeur médical de DMU veille au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de DMU, qui se réunissent au moins une fois par an.

Lors du renouvellement du chef de service ou d'unité, le conseil de service ou d'unité consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et formule des propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité. Ce bilan est, s'il y a lieu, transmis à la commission ad hoc prévue à l'article 12 du présent règlement intérieur.

### **Qualité de vie au travail**

La qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels est un élément majeur de la satisfaction au travail. Elle contribue de ce fait à la qualité des soins apportés aux patients. Elle est par ailleurs un enjeu déterminant pour favoriser l'attractivité de l'AP-HP auprès des personnels. A ce titre, l'association des personnels à tous les niveaux, la reconnaissance de leur engagement et des mesures permanentes d'évaluation de la satisfaction des équipes sont essentielles. Le service est le niveau élémentaire et essentiel d'organisation des soins et de la formation, d'animation des équipes et de mise en œuvre du collectif pluri- professionnel autour de la prise en charge des patients. Il est, à ce titre, l'espace d'animation et de développement de la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels.

C'est au sein des services que doit être conduite une démarche continue d'amélioration de la concordance des temps, entre équipes médicales, paramédicales et administratives. Le DMU crée au sein des services un environnement favorable au développement de la qualité de vie au travail. Il s'inscrit lui-même dans une logique de qualité de vie au travail.

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

## II Les départements médico-universitaires (DMU)

### II.I Définition, contenu

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est organisée au plan médical en départements médico-universitaires (DMU), en conformité avec l'organisation médicale légale des établissements publics de santé en pôle d'activités.

Les DMU sont composés de structures internes de prise en charge des patients par les équipes médicales et paramédicales, ainsi que de structures médico-techniques, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles. Ils constituent un niveau d'organisation et de gouvernance complémentaire de ces structures internes. Chaque structure est obligatoirement placée sous la responsabilité d'un praticien. Son appellation (service, département, centre, institut, secteur, etc.) est fixée conjointement par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la CMEL sur proposition du directeur médical de DMU et du président de la CMEL.

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

Ils sont dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée et d'une démarche de contractualisation. Le périmètre du DMU doit emporter une logique forte de cohésion médicale et soignante autour d'un projet médical partagé. Des DMU inter-universitaires et dépassant le périmètre d'un seul GHU peuvent être utiles et nécessaires sur le plan territorial ou de parcours de patients, de promotion de projets universitaires.

Dans le cas de DMU inter-universités, les modalités de gouvernance en lien avec les UFR sont précisées afin d'associer pleinement les directeurs d'UFR aux décisions qui relèvent de leurs disciplines.

Certains DMU peuvent, par exception, être conçus au niveau de l'ensemble de l'AP-HP. Le directoire de l'AP-HP en fait dans ce cas la proposition. Conformément à la loi, les activités de biologie médicale du groupe hospitalo-universitaire sont réunies dans un seul et même DMU. Il est donc recommandé de maintenir l'ensemble des services de biologie dans un même DMU pour des raisons à la fois de cohérence de métiers, de mutualisation d'équipements et d'espaces, de processus qualité (COFRAC) et de responsabilité. Les groupes hospitalo-universitaires qui proposeraient de s'exonérer partiellement ou totalement de cette recommandation doivent démontrer la capacité de l'organisation proposée à répondre à ces objectifs ou obligations.

S'agissant des pharmacies à usage intérieur, il est recommandé que les pharmacies à usage intérieur d'un même groupe hospitalo-universitaire soient associées dans un DMU unique.

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

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

Les orientations retenues pour cette organisation résultent d'un processus de concertation, impliquant les chefs de service et les responsables des autres structures médicales ainsi que les cadres de santé.

Les principes d'organisation et de bon fonctionnement des DMU font l'objet d'une large concertation, associant, selon les modalités les plus adaptées, l'ensemble du personnel médical et soignant.

## **II.II Ouverture des DMU aux partenaires de l'AP-HP**

Les DMU peuvent être liés par une convention d'affiliation à des structures médicales d'autres établissements de santé, notamment lorsque ces derniers sont rattachés au centre hospitalier et universitaire par une convention d'association conclue au titre de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique. En particulier, les DMU de l'AP-HP peuvent associer des services appartenant à des hôpitaux de l'Île-de-France, dès lors que cette affiliation permet de renforcer la cohérence médicale et universitaire du DMU : cette affiliation doit être formalisée à la fois dans la gouvernance du DMU et dans les conventions AP-HP / GHT. La convention d'affiliation prévoit les modalités de la coopération du DMU et de la structure concernée pour les activités de soins, d'enseignement et de recherche. Elle prévoit le cas échéant des modalités de co-utilisation de leurs plateaux médico-techniques. De même, des structures de médecine de ville (centre de santé, médecins partenaires) impliquées dans les filières de soin du DMU peuvent également être proposées comme affiliées au DMU et, à ce titre, impliquées dans son fonctionnement et sa gouvernance.

### **Ouverture des DMU aux unités de recherche**

Les DMU peuvent être liés par une convention d'association à une ou plusieurs unités de recherche (UMR) relevant d'un établissement public à caractère scientifique et technologique (EPST). Le contrat de DMU prévoit les modalités d'association à sa gouvernance des directeurs des UMR.

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

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

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

Est considéré comme une modification du DMU tout ajout ou suppression de structures médicales au sein du DMU.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des DMU font l'objet d'une décision **conjointe** du directeur du groupe hospitalo-universitaire **et du Président de la CMEL** après concertation avec le comité exécutif.

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

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

DMU ainsi que les modalités de répartition des responsabilités et des ressources entre le DMU et ses structures médicales internes.

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

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

## **II.V Les missions du directeur médical de DMU**

Le directeur médical d’un DMU, qui exerce notamment les missions attribuées par le code de la santé publique en son article L. 6146-1 aux chefs de pôle, met en œuvre la politique de l’Assistance publique - hôpitaux de Paris afin d’atteindre les objectifs fixés au DMU.

Sans préjudice des missions des chefs de service, il organise avec les équipes médicales, paramédicales, administratives et d’encadrement du DMU, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du DMU et l’affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l’activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du DMU, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services ou unités fonctionnelles de DMU prévues par le projet de DMU.

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

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

Le directeur médical de DMU :

- élabore, en association avec les chefs de service et les cadres de santé et sur la base du contrat de DMU, le projet de DMU à partir du projet médical et du projet de soins de l’AP-HP et du groupe hospitalo-universitaire ainsi que de la proposition de projet élaborée en amont de sa nomination. Il inscrit dans le projet de DMU les engagements concrets relatifs à la politique managériale du DMU. Ce projet est diffusé à l’ensemble des professionnels concernés ;
- promeut une politique d’enseignement et de recherche conforme à la dimension hospitalière et universitaire de son DMU, en collaboration étroite avec les responsables des services ou unités fonctionnelles (UFDMU) de son DMU. Les financements obtenus au titre des missions d’enseignement, de référence et d’innovation (MERRI) sont répartis par le groupe hospitalo-universitaire entre les DMU et leurs structures internes au regard des indicateurs d’activité définis au niveau national. Leur montant et leur répartition sont retracés dans un document annuel, transmis au directeur médical du DMU ;
- promeut la politique de participation des personnels au sein du DMU ;
- organise au sein du DMU les modalités d’accueil et d’intégration des professionnels et étudiants ;
- développe des complémentarités et des coopérations avec les autres DMU du groupe-hospitalo-universitaire et de l’AP-HP ;
- représente au sein du groupe hospitalo-universitaire le DMU et les équipes qui le constituent, dans le respect des responsabilités et compétences propres à chacun des professionnels qui y exercent ;

- prépare avec le cadre administratif du DMU et le cadre paramédical du DMU, **et en lien avec les chefs de service et les cadres de soins** les objectifs et les demandes de moyens du DMU. Il les négocie avec le directeur du groupe hospitalo-universitaire. Il est responsable de leur mise en œuvre ;
- rend compte régulièrement au directeur du groupe hospitalo-universitaire de la réalisation des objectifs fixés au DMU à partir des indicateurs, économiques, qualitatifs et quantitatifs prévus dans le contrat de DMU ;
- s'assure de la maîtrise des dépenses, notamment de titre 2 (dépenses de personnel), en lien avec les personnels concernés et la pharmacie à usage intérieur du groupe hospitalo-universitaire ;
- **met en œuvre coordonne** la politique d'amélioration continue de la qualité, **de la pertinence** et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS et CAPCU) ;
- évalue périodiquement, avec l'aide du bureau de DMU, l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge des patients par l'équipe médico-soignante avec les objectifs de qualité et gestion des risques ;
- propose **en concertation avec les chefs de service**, la création, la modification ou la suppression des structures internes du DMU au directeur du groupe hospitalo-universitaire et au président de CMEL ;
- émet un avis sur la nomination des responsables des structures internes **et contribue à la mise en œuvre des objectifs de nominations équilibrées prévus par la loi** ;
- s'assure de la mise en œuvre au sein du DMU de la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en matière de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail, de prévention des situations conflictuelles ou à risque ;
- favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux **et leur participation à la formation continue** ;
- gère les ressources de son DMU en conformité avec la politique définie par le directeur du groupe hospitalo-universitaire ;
- dans tous les domaines énumérés par l'article R. 6146-8 du Code de la santé publique (délégations de signature), exerce une responsabilité de gestion précisée dans le contrat de DMU ;
- s'assure de la qualité et de l'exhaustivité du codage « PMSI », de la saisie des actes externes, dont les actes hors nomenclature (pour les DMU concernés) ;
- a autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du DMU dans le cadre précisé ci-après.

## **II.VI Notion d'autorité fonctionnelle**

Le directeur médical de DMU est fondé, dans le cadre de la gouvernance collégiale du DMU, à prendre les mesures nécessaires à l'optimisation des moyens dont il dispose en vertu du contrat de DMU (personnel, locaux, matériels, gestion des lits et places et de ses annexes annuelles), en vue d'assurer le bon fonctionnement de son DMU.

Il exerce à cet effet une « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du DMU. L'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU s'insère dans l'organigramme global du groupe hospitalo-universitaire. Elle s'exerce :

- sous l'autorité hiérarchique du directeur du groupe hospitalo-universitaire,
- sur l'ensemble des personnels du DMU, y compris sur l'encadrement du DMU et les responsables de ses structures internes.

L'autorité fonctionnelle s'entend par :

- le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel elle s'exerce,
- le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs,
- le pouvoir de réformer leurs décisions.

En revanche, elle ne comprend pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité hiérarchique investie du pouvoir de nomination, qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

L'autorité fonctionnelle dont disposent les responsables médicaux sur les personnels médicaux qui leur sont affectés s'exerce dans le respect :

- de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chaque praticien, par référence à l'article 95 du code de déontologie médicale. Le fait pour un médecin d'être lié dans le cadre de son exercice professionnel à son établissement n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions ; le médecin doit notamment toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité ;
- des missions et responsabilités des services et unités fonctionnelles telles que prévues par le projet et la charte de DMU.

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

Un entretien professionnel, annuel et individuel est organisé pour chaque praticien. Il constitue un temps d'expression et d'écoute mutuelle.

Il permet de faire le bilan de l'année écoulée en vue de favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et, plus largement, de l'AP-HP. Il permet notamment de s'assurer que l'activité professionnelle et les compétences développées par chaque praticien sont bien en cohérence avec le projet médical de la structure, et d'examiner les besoins de formation du praticien.

Il fait l'objet d'un document daté et signé attestant que l'entretien s'est déroulé. Si un compte rendu commun est rédigé, sa rédaction peut s'appuyer sur la grille d'entretien annuel. Le compte rendu est conservé au sein de la structure médicale concernée. Une copie en est communiquée au praticien. En cas de difficultés, le chef de service en informe le directeur du groupe hospitalo-universitaire et le président de la CMEL.

La réalisation des entretiens annuels fait partie des indicateurs figurant dans le rapport remis par les chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle lors de leur renouvellement et par les directeurs de DMU dans le bilan de leur mandat.

Les conditions dans lesquelles ces comptes rendus peuvent être portés à la connaissance des personnes chargées de traiter les situations complexes sont ainsi définies dans les documents afférant au plan « RHPM » (2016) : « En cas de difficultés ultérieures, ces comptes rendus font partie des éléments portés à la connaissance de ceux qui doivent traiter ces difficultés ».

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

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

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

## **Indemnité de fonction du DMDMU**

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

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

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

Un entretien annuel d'évaluation est organisé :

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

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

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

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

Cette proposition conjointe doit être précédée des étapes suivantes :

- Une présentation du projet du candidat aux chefs de service, aux cadres de santé et, selon des modalités adaptées, à l'ensemble des professionnels du DMU. Les principales remarques formulées lors de cette présentation sont recensées et transmises au comité mentionné ci-dessous.
- Une audition du ou des candidats par un comité constitué au niveau du groupe hospitalo-universitaire, permettant une discussion sur le projet, associant le directeur du groupe hospitalo-universitaire, le président de la CMEL et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale
- Une proposition conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du directeur de l'UFR médicale et du président de CMEL est transmise à la gouvernance centrale.

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

- les objectifs médicaux de soins, qualitatifs et quantitatifs
- la proposition de gouvernance et d'organisation
- les critères d'évaluation et indicateurs de suivi et de résultats
- les modalités de communication et interaction avec les services
- les objectifs universitaires et recherche et les interactions avec les UMR et les EPST
- le rôle en matière d'enseignement (rôle de site pour l'accueil et l'encadrement des étudiants sous la gouvernance de l'UFR)
- la prise en compte des projets immobiliers et d'investissement du ou des groupes hospitalo-universitaires pour le quadriennal
- les projets d'évolution des structures au cours du quadriennal

Le directeur médical du DMU est nommé en fonction de ses capacités managériales : elles doivent être reconnues ou étayées par la participation à une formation spécifique.

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

En cohérence avec l'ampleur des responsabilités du directeur médical de DMU, le non cumul entre les fonctions de directeur médical de DMU et de chef de service est recherché.

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

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

## **II. XI Exercice provisoire de fonctions**

Conformément aux dispositions de l'article 14 du présent règlement intérieur, en cas de vacance des fonctions de directeur médical de DMU et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'article 11, le directeur général, le PCME et le ~~président de la conférence des doyens des facultés de médecine d'Île-de-France~~, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France peuvent conjointement désigner un praticien de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions après avis du directeur du groupe hospitalo-universitaire, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

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

### **Le directeur médical adjoint**

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

### **Les collaborateurs du directeur médical de DMU**

Le directeur médical de DMU est assisté dans l'exercice de ses fonctions par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres paramédicaux et les cadres administratifs, formés à cette fonction. Si le DMU comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

### **Le cadre paramédical de DMU**

Sous l'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU, le cadre paramédical de DMU organise la continuité, la qualité et la sécurité des activités paramédicales au sein du DMU, ainsi que l'affectation des ressources humaines paramédicales nécessaires aux activités et objectifs du DMU. Il peut être assisté d'un ou plusieurs cadres paramédicaux de DMU adjoints choisis parmi les cadres de santé du DMU. Cet adjoint le supplée en son absence.

Le cadre paramédical de DMU :

- s'appuie sur un schéma d'encadrement défini avec le Coordonnateur général des soins du GHU et inscrit dans la charte de DMU.
- contribue à l'élaboration du projet et de la charte de DMU dans son champ de compétence et veille à sa mise en œuvre et à son évaluation en lien avec la direction des soins du groupe hospitalo-universitaire ;
- planifie, organise, coordonne et contrôle les activités paramédicales du DMU en lien avec la direction des soins.



Il s'assure, dans le respect de la qualité et de la sécurité, de l'optimisation des moyens et équipements dédiés ;

- développe, au sein du DMU, une politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ;
- participe à l'élaboration du projet d'encadrement et du projet managérial du DMU ; il en assure la mise en œuvre et le suivi ;
- s'attache à optimiser avec la direction des ressources humaines et la direction des soins du groupe hospitalo-universitaire l'organisation et les conditions de travail des personnels ;
- participe et promeut les missions d'enseignement et de recherche paramédicale du DMU ;
- organise avec le directeur médical de DMU la communication et la concertation interne au DMU ;
- rend compte auprès du coordonnateur général des soins des actions conduites dans le cadre de l'organisation, de la coordination et de la mise en œuvre des activités de soins infirmiers de rééducation et médicotechniques et du suivi des actions conduites dans le cadre du projet de soins.

Le cadre paramédical de DMU est nommé par le directeur du groupe hospitalo-universitaire sur proposition du directeur médical de DMU sur la base d'une fiche de poste mentionnant les prérequis attendus des candidats en termes de formation, d'aptitude au management et de compétences techniques. Les candidatures sont recueillies à la suite d'un appel à candidatures diffusé au sein du groupe hospitalo-universitaire, deux mois au moins avant la date prévue pour la nomination, parmi des personnes identifiées en amont par la direction des soins.

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

Le cadre administratif de DMU :

- participe à l'élaboration et au suivi du projet, de la charte et du contrat de DMU, principalement en ce qui concerne les objectifs en matière d'activité, de recettes et de dépenses,
- prépare les négociations budgétaires et assiste le directeur médical de DMU dans la rédaction du bilan annuel du contrat et du rapport annuel d'activité du DMU, en lien avec le cadre paramédical de DMU,
- participe à la préparation des dossiers d'autorisation et d'agrément ainsi que des décisions de configuration des structures internes du DMU,
- analyse les tableaux de bord et indicateurs mensuels transmis par la direction du groupe hospitalo-universitaire et du médecin responsable de l'activité médicale (DIM),
- s'assure de la gestion des crédits délégués au DMU
- prépare l'élaboration et la diffusion du suivi des indicateurs du contrat de DMU, en regard des objectifs contractualisés,
- facilite l'appropriation des enjeux médico - économiques par le personnel du DMU,
- prépare avec le directeur médical de DMU et le cadre paramédical de DMU les réunions du bureau de DMU,
- peut se voir confier l'encadrement de certaines catégories de personnel du DMU.

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

### **Le directeur référent**

Un directeur référent est désigné au sein de l'équipe de direction, pour chaque DMU, par le directeur du groupe hospitalo-universitaire et consacre à ce volet de ses fonctions le temps approprié, défini par le directeur du groupe hospitalo-universitaire en lien avec le directeur médical du DMU.

Il assiste le directeur médical de DMU dans la mise en œuvre des projets de DMU.

Il conseille le directeur médical de DMU dans la préparation du projet, de la charte et du contrat de DMU, des prévisions annuelles d'activité et du rapport d'activité annuel du DMU.

Il procède avec le directeur médical de DMU, le cadre paramédical et le cadre administratif de DMU au suivi de l'évolution des ressources du DMU ainsi qu'à l'évaluation et à l'analyse de son activité. Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au DMU, nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.

Il participe à l'analyse de la cohérence des projets du DMU avec le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et l'Agence régionale de santé d'Île-de-France.

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

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

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

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

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

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

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

Il peut être désigné au sein du DMU un ou des représentants des patients référents, sur proposition des associations de patients relevant des pathologies prises en charge au sein du DMU. Sans préjudice des compétences des représentants des usagers dans les instances du groupe hospitalo-universitaire, le représentant des patients référent est l'interlocuteur privilégié du comité exécutif du DMU pour toute question relative à l'application des droits des malades au sein du DMU et l'examen des réclamations des usagers. Il est membre du conseil du DMU et peut être associé au bureau du DMU.

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

Sans préjudice des missions des chefs de service, le directeur médical de DMU, en étroite collaboration avec le cadre supérieur de santé, organise la propose au sein de son DMU interne entre les services et les unités qui les composent en associant toutes les catégories de personnel et en facilitant leur expression directe et collective. Il veille notamment au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de DMU. Les modalités de cette concertation sont préfigurées dans le projet de DMU et spécifiées dans la charte.

Le directeur médical de DMU associe les responsables médicaux et paramédicaux de structures internes et ses collaborateurs à l'élaboration du projet de DMU et sa mise en œuvre. Il veille à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes au DMU. Il conduit des actions contribuant à fédérer l'ensemble du personnel, en particulier lorsque le périmètre du DMU couvre plusieurs sites.

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

La charte du DMU précise l'organisation de la communication au sein du DMU et s'attache à la bonne transmission à l'ensemble du personnel du DMU des informations relatives à l'activité, aux projets et au fonctionnement du DMU.

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

## II. XIV Contrats et projets de DMU

### Le contrat de DMU

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

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

Le contrat de DMU définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que de management assignés au DMU d'une part et les moyens qui lui sont attribués d'autre part. Il mentionne les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs.

En particulier :

- il organise la délégation de moyens humains et matériels au DMU, permettant de réaliser des objectifs annuels en termes d'activité médicale, d'organisation et d'amélioration de la qualité des soins
- il doit permettre de disposer de marges de manœuvre suffisantes pour opérer des choix infra-annuels. Notamment, en matière de ressources humaines, il doit laisser de la souplesse dans la gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER), dans le respect du cadrage pluriannuel de la masse salariale, en permettant par exemple une fongibilité entre les enveloppes d'emplois permanent et de remplacement. Il peut prévoir la délégation d'une enveloppe de surprime de service au directeur médical de DMU afin qu'il dispose de moyens managériaux de reconnaissance, sur une base individuelle ou collective.

Il peut prévoir une délégation de crédits et de recherche (s'agissant notamment des crédits MERRI) et un intéressement des DMU au prorata de leur « performance » recherche.

Le contrat est accompagné d'un budget de DMU permettant de suivre de façon transparente les dépenses et les recettes directes et indirectes de chacune de ses structures internes (services et UF). Ce budget doit permettre l'établissement de comptes de résultats analytiques de DMU et de leurs structures internes (services et UF). Il mentionne en tant que de besoin le montant et l'usage des enveloppes fléchées dédiées à certaines activités du DMU (s'agissant notamment des crédits maladies rares et des crédits de recherche).

Le contrat de DMU et les délégations qui en résultent donnent lieu à un suivi et un contrôle sur la base d'indicateurs préalablement établis.

Le contrat de DMU décline précisément l'articulation avec les services concernés.

Le contrat de DMU définit par ailleurs le champ et les modalités d'une délégation de signature qui peut être accordée au directeur médical de DMU.

Le contrat de DMU précise également le rôle du directeur médical de DMU dans les domaines suivants :

- 1) Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du DMU ;
- 2) Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3) Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du DMU relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4) Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 5) Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

Le contrat de DMU précise le rôle du directeur médical de DMU en matière de ressources humaines médicales et non médicales, d'investissements et de crédits d'entretien et de maintenance et de crédits d'exploitation en se fondant sur un socle de compétence. Ces compétences sont exercées directement par le directeur médical de DMU ou par l'intervention de ses collaborateurs et responsables de structures internes sur lesquels il exerce un contrôle direct.

Le contrat de DMU est mis à jour annuellement et présenté au bureau du DMU.

### **Déclinaison annuelle du contrat de DMU**

Le directeur du groupe hospitalo-universitaire signe la déclinaison annuelle du contrat de DMU avec le directeur médical de DMU. Cette déclinaison, formalisée par une annexe au contrat de DMU, précise les objectifs négociés, notamment en matière d'activité et de moyens alloués pour l'année à venir, ainsi que les indicateurs de suivi identifiés. Elle est discutée en se fondant notamment sur l'évaluation qui est faite de l'exécution de l'année précédente. Au vu de cette évaluation, le directeur du groupe hospitalo-universitaire peut être amené à ajuster, à la hausse ou à la baisse, les moyens accordés au DMU.

### **Le projet de DMU**

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

Ce projet, élaboré en concertation avec les équipes, est rédigé dans un délai de trois mois après la nomination du responsable concerné sur la base et après la signature du contrat de DMU. Le projet de DMU définit les objectifs du DMU en matière de soins d'enseignement et de recherche.

Il comprend :

- une déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs et projets opérationnels ;
- l'élaboration de plan d'actions définissant les chantiers à conduire, les méthodes de travail ;
- les modalités d'implication des différents acteurs au sein du DMU ;
- un projet spécifique de promotion de la qualité de vie au travail (QVT).

Le projet est présenté au bureau de DMU et communiqué pour information à l'ensemble du personnel.

### **Les délégations de signature**

Le contrat de DMU définit le champ et les modalités de la délégation de signature accordée au directeur médical de DMU permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

- 1) Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ;
- 2) Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
- 3) Dépenses à caractère hôtelier ;
- 4) Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ;
- 5) Dépenses de formation de personnel.

### III. Les fédérations

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

Ces fédérations sont dites :

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

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

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

La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GHU » est effectuée après avis de la commission médicale d'établissement et du comité social d'établissement, après concertation avec les comités exécutifs des GHU et avis du ou des directeurs des UFR médicales pharmaceutiques ou odontologiques, des présidents des CMEL, des directeurs des DMU et des comités sociaux d'établissement locaux concernés.

Est considéré comme une modification de la fédération tout changement de périmètre de la fédération se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une structure médicale.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des fédérations « supra-GHU » font l'objet d'une décision conjointe du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement après concertation avec le directoire.

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

Est considéré comme une modification de la fédération tout changement de périmètre de la fédération se traduisant par l'ajout ou le retrait d'une structure médicale.

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des fédérations « intra-GHU » font l'objet d'une décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du président de la commission médicale d'établissement locale, après concertation avec le comité exécutif local.

L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un protocole. Ce protocole est arrêté par les directeurs des groupes hospitalo-universitaires et les présidents des commissions médicales d'établissement locaux concernés, après avis des directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR) et des directeurs de DMU concernés.

Ce protocole précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ses activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur médical.

La fédération comprend un conseil de fédération dont la composition et le fonctionnement sont fixés par le protocole.

Le coordonnateur médical d'une fédération « supra-GHU » est désigné par décision conjointe du directeur général de l'AP-HP et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du ~~président de la conférence des doyens des facultés de médecine d'Île-de-France~~, président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France, sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitalo-universitaires et des présidents de CMEL, après avis des directeurs d'unité de formation et de recherche médicale, pharmaceutique ou odontologique et des directeurs de DMU concernés.

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

#### **Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :**

**1-** - Prévoir un avis de la CME (et non une information) s'agissant de la modification des services et des UF de DMU.

Arbitrage DG : nouvelle proposition de rédaction limitant de façon claire la procédure de simple information des CMEL aux modifications des UF de service dès lors que ces modifications n'ont pas d'effet sur le périmètre d'activité du service auxquelles ces UF appartiennent. Pour toutes les autres modifications touchant à l'organisation interne, la procédure d'avis est maintenue.

**2-** Le BCME souhaite que la phrase « *Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des services et unités fonctionnelles font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalo-universitaire, après concertation avec le comité exécutif.* » soit remplacée par « *Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des services et unités fonctionnelles font l'objet d'une décision conjointe du directeur du groupe hospitalo-universitaire et du PCMEL, après concertation avec le comité exécutif.* »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**3-** Le BCME souhaite Dans le § I.III relatif à la gouvernance, au 3e alinéa du sous-paragraphe relatif aux missions des chefs de service et des responsables d'UF de DMU ou de service : Remplacer le 1er alinéa par les deux alinéas suivants :

« *Les chefs de service assurent la conduite générale du service dont ils sont en charge, ainsi que la mise en œuvre des missions des services définies au I.1 de la présente annexe et de leur projet de service.*

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

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

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

4- Le BCME souhaite supprimer cette phrase [*« Les responsables des services et des unités fonctionnelles sont chargés de veiller (les chefs de service et responsables des UF de DMU sous l'autorité fonctionnelle du directeur médical de DMU et les responsables des UF de service sous l'autorité fonctionnelle du chef de service) à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés. »*]

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

5- Le BCME souhaite remplacer *« Les nominations aux fonctions de chefs de service respectent les objectifs de nominations équilibrées hommes-femmes prévus par la loi. »* par : *« Les nominations aux fonctions de chef de service doivent atteindre au minimum les objectifs de nominations équilibrées femmes-hommes prévus par la loi. »*

*Après « Cet équilibre des nominations s'évalue à l'échelle de l'AP HP », ajouter : « Il fait l'objet d'un bilan annuel présenté en CME. »*

Arbitrage DG : Accord sur ces propositions

6- Le BCME souhaite au § II relatif aux DMU, au sous-paragraphe II.I relatif à leur définition et à leur contenu, au 2e alinéa, à la dernière phrase relative à l'appellation des DMU, remplacer *« est fixé par le directeur du GHU sur proposition du directeur médical de DMU et du président de la CMEL »* par : *« est fixé conjointement par le directeur du GHU et le président de CMEL sur proposition du directeur médical de DMU. »*

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

7- Le BCME souhaite, remplacer *« président de la conférence des doyens des facultés de médecine d'Île-de-France »* par *« président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France »*

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition qui est reportée sur l'ensemble du document

8- remplacer la phrase : *« Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des DMU font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalier après concertation avec le comité exécutif »* par : *« Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des DMU font l'objet d'une décision conjointe du directeur du groupe hospitalier et du président de CMEL après concertation avec le comité exécutif. »*

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**9-** Ajouter « en lien avec les chefs de service et les cadres de soins » dans le passage suivant :

« [Le directeur médical de DMU] prépare avec le cadre administratif du DMU et le cadre paramédical du DMU, et en lien avec les chefs de service et les cadres de soins, les objectifs et les demandes de moyen du DMU. Il les négocie avec le directeur du GHU. Il est responsable de leur mise en œuvre. »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**10 -** Remplacer « met en œuvre » par « coordonne » et ajouter « pertinence » dans le passage suivant : « met en œuvre coordonne la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**11-** Ajouter « en concertation avec les chefs de service » dans le passage suivant : « propose, en concertation avec les chefs de service, la création, la modification ou la suppression des structures internes du DMU au directeur du GHU et au président de la CMEL »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**12-** Compléter par « et contribue à la mise en œuvre des objectifs de nominations équilibrées prévus par la loi » dans le passage suivant : « émet un avis sur la nomination des responsables des structures internes et contribue à la mise en œuvre des objectifs de nominations équilibrées prévus par la loi »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**13 -** Compléter par « et leur participation à la formation continue » dans le passage suivant : « favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux et leur participation à la formation continue »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**14-** Au sous-paragraphe II. VII relatif à l'entretien annuel individuel des praticiens, compléter le 6e alinéa « ainsi que les besoins en matière de formation » : « Ces entretiens individuels peuvent être l'occasion de porter à la connaissance de la gouvernance du GU ou de la structure concernée les projets, les compétences individuelles au service du projet collectif, ainsi que les besoins en matière de formation. »

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**15-** Dans la partie relative au contrat de DMU, remplacer la phrase « La signature du contrat de DMU peut être déléguée par la gouvernance centrale à l'échelon local », remplacer « gouvernance » par « le directeur général le président de la CME et le président de la conférence des doyens de santé d'Île-de-France ».

Exposé des motifs : le mot « gouvernance » ne renvoie pas à des fonction précises et n'est pas une notion juridique.

Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

**16 -** Dans la partie relative aux projets de DMU, au 1er alinéa, après « Le directeur de médical de DMU », compléter par « en association avec les chefs de service et les cadres de santé » :



Arbitrage DG : Accord sur cette proposition

### 73 - 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**

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

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

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

#### **Missions**

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

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

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

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

#### **Administration et fonctionnement**

##### ***Le Directeur du Centre de don du corps***

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

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

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

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

Le directeur médical du Centre est nommé par le directeur général de l'AP-HP, parmi les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés aux articles L. 6151-1 à L. 6151-3 du code de la santé publique ou parmi le personnel de l'université associée au centre appartenant à l'un des corps d'enseignants-chercheurs en application de l'article 5 du décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines de santé et de l'article 6 du décret du n° 92-70 du 16 janvier 1992 modifié relatif au Conseil national des universités.

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

### ***Gestion administrative***

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

### ***Conseil de surveillance***

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

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

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

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

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

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

### ***Comité éthique, scientifique et pédagogique***

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

### *Missions*

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

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

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

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

### *Composition*

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

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

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

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

- a) Une personnalité reconnue pour son expertise sur les questions éthiques et scientifiques et qui peut être membre d'une instance éthique reconnue ;
- b) Un chercheur ou enseignant-chercheur des sciences humaines et sociales qualifié notamment en droit, éthique, philosophie ou sociologie ;
- c) Un professionnel exerçant dans le domaine de la santé, qui peut être un psychologue ;
- d) Un professionnel de santé compétent en matière de recherche impliquant la personne humaine qui peut-être un professionnel de centre hospitalo-universitaire ;
- e) Au moins un représentant des donneurs ou de leurs familles.

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

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

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

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

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

### **Financement**

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

### **Modalités de fonctionnement**

#### ***Utilisation des sujets ou des pièces anatomiques***

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

Ces derniers prévoient notamment, les grands principes généraux suivants :

- Les sujets ou les pièces anatomiques sont exclusivement destinés d'une part à la formation des membres des professions médicales et paramédicales qui interviennent dans les blocs opératoires sous la supervision des premiers, ainsi que des personnes qui se destinent à l'exercice de ces professions, et d'autre part à la recherche.

La participation d'une entité extérieure et de ses personnels n'est possible que dans le cadre d'une formation médicale de grande technicité en matière chirurgicale, ou impliquant le recours à des innovations spécialisées. Elle se fait selon les conditions suivantes :

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

### **Règlement intérieur**

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

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

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

### Annexe 19 - Commission des Accès aux Données Patient et Echanges (CADOPE)

#### Composition

La CADOPE est présidée par un directeur général adjoint et pilotée par la déléguée à la protection des données (DPO/DSN). Elle réunit des membres permanents désignés par le directeur général issus de la CME et des directions fonctionnelles suivantes :

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

#### Missions

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

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

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

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

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

#### Modalités de fonctionnement

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

#### **Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :**

##### **1- Modifier la 2e phrase du paragraphe relatif à la composition :**

Remplacer : « Elle réunit des membres permanents désignés par le directeur général issus de la CME et des directions fonctionnelles suivantes... » par « Elle réunit des membres permanents issus de la CME désignés par le PCME et des membres des directions fonctionnelles désignés par le directeur général. »

Arbitrage DG : Accord est donnée pour cette proposition

##### **2- Préciser les missions (de quelles habilitations s'agit-il ?) et la « gouvernance dédiée » mise en place pour instruire les demandes de dérogation (2e §).**

Arbitrage DG : Vu avec la DPO, préciser entre ( ) après habilitations : (on entend par habilitation l'ensemble des droits et permissions attribués à un utilisateur dans un logiciel, en fonction de son rôle et de ses responsabilités »

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

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

#### **Annexe 20 - Commission Centrale de Contrôle des Accès aux Dossiers Patients (3CADP)**

##### **Composition**

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

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

##### **Missions**

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

L'accès au dossier d'un patient n'est autorisé qu'aux professionnels faisant partie de l'équipe de soin prenant en charge ledit patient ou le suivant régulièrement et uniquement dans la mesure où cela est strictement nécessaire à l'exécution de leurs missions.

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

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

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

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

### **Modalités de fonctionnement**

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

- 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 et suspectés être** illégitimes par la 3CADP, (i) un rapport est adressé au demandeur l'informant de l'avis de la 3CADP et des suites, et (ii) un rapport est transmis en parallèle à la DRH / DAM du site d'affectation de l'agent mis en cause ;

- 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.

**Demandes amendements bureau de CME et arbitrages DG :**

**1-** À la dernière phrase du 2e alinéa relatif à la composition de la 3CADP, préciser que le membre de la CME est désigné par le président de la CME :

« La commission est également composée d'un membre de la commission médicale d'établissement désigné par le président de la CME et d'un directeur des soins. »

Arbitrage DG : Accord est donnée pour cette proposition

**2-** À l'alinéa relatif à l'« Étape 4 », remplacer « préqualifiés d'illégitimes » par « suspectés d'être illégitime » :

« Étape 4 - Rédaction des rapports : si le ou les accès sont préqualifiés d'illégitimes suspectés d'être illégitimes par la 3CADP, (i) un rapport est adressé au demandeur l'informant de l'avis de la 3CADP et des suites, et (ii) un rapport est transmis en parallèle à la DRH / DAM du site d'affectation de l'agent mis en cause. »

Arbitrage DG : Accord est donnée pour cette proposition