

Règlement intérieur de l'AP-HP

Mise à jour après la loi du 26 janvier 2016

Direction des affaires juridiques - 2017

Contexte :

- Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie
- Rapport « *RHPM* » (Plan d'action visant à prévenir et à traiter les situations individuelles complexes concernant le personnel médical)
- Rapport « *Les conflits d'intérêts au sein de l'AP-HP. Mieux les connaître, mieux les prévenir* » (avril 2016)
- Les travaux du groupe de travail « structures »
- Modifications rédactionnelles

Le règlement intérieur doit désormais définir

« les principes essentiels du fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de services et les responsables des UF »

■ Article 5

« L'Assistance publique-hôpitaux de Paris assure le service public hospitalier »

■ Article 34 et article 237

Afin d'accroître la sécurité interne : un dispositif de cartes professionnelles

Port obligatoire de la carte professionnelle

■ Article 46

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 dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif

■ Article 51

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé « *et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs* »

■ Articles 57 et 171

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

Remise obligatoire au patient lors de sa sortie d'une « *lettre de liaison* » pour faciliter la coordination avec sa prise en charge en ville

■ Article 92

La loi du 26 janvier 2016 étend aux sages-femmes et pour certains actes aux infirmiers la possibilité de soigner des patients mineurs sans le consentement parental. Outre les soins, cette faculté est désormais étendue aux actions de prévention, de dépistage et de diagnostic

■ Article 116

La loi prévoit désormais un droit d'accès au dossier médical de la personne décédée par la personne avec laquelle elle était pacsée ou vivait en concubinage

■ Article 119

La désignation de la personne de confiance est faite par écrit et « cosignée » par la personne désignée

■ Articles 121 et 217

Elargissement du champ du secret « partagé » et « collectif » au sein des hôpitaux

« Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »

■ **Article 122 (« Traitements automatisés des données à caractère personnel »)**

Mise à jour de l'article au regard des dispositions de la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique

■ **Articles 126 et 127**

Une commission des usagers (CDU) remplace la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Cette nouvelle commission comprend notamment un volet « qualité » plus important

Voir nouvelle annexe 8

■ Article 133

Mise à jour / loi du 2 février 2016 ouvrant des nouveaux droits pour les malades en fin de vie.

Importance de la procédure collégiale. Les directives anticipées n'ont désormais plus de durée limitée

■ Article 143

Préciser, à la suite du décret du 11 août 2016, les modalités de recherche d'un éventuel refus de don d'organes. Le refus de prélèvement est désormais « principalement » exprimé par l'inscription sur le registre national automatisé

■ Article 151 bis

Introduction d'un article nouveau relatif au respect de la vie privée : droits de la personnalité sur la captation d'image et enregistrement de la voix

■ **Art. 159 bis** (« Accès des agents commerciaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé (*visiteurs médicaux*) »)

Les visiteurs médicaux agissant au nom d'entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé ne peuvent accéder aux locaux et aux professionnels (y compris en formation) exerçant au sein du groupe hospitalier, qu'avec *l'accord exprès du responsable de la structure médicale*, pôle ou structure interne de pôle, dans laquelle ils sont amenés à intervenir. Cet accès s'effectue uniquement dans le cadre de *visites collectives* ayant lieu devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par une *convention* conclue entre l'AP-HP et l'employeur de la personne concernée, et, pour le cas des médicaments antibiotiques, en présence du référent en antibiothérapie du groupe hospitalier. Il s'effectue dans le respect de la Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments établie par les Entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des Produits de Santé (CEPS). Ces visites doivent s'effectuer selon une *planification déterminée*. Les visiteurs médicaux doivent être *référéncés* par le groupe hospitalier et être identifiables. En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur ou son représentant peut prononcer une interdiction d'accès au groupe hospitalier du visiteur médical ou de l'entreprise qu'il représente.

■ Article 176 et 176 bis

Information préalable obligatoire du patient au sein des établissements de santé sur les frais et les conditions de prise en charge et de dispense des frais en santé : affichage, devis préalable, site internet, lieux de réception des patients

Délivrance systématique à la sortie du patient de l'établissement d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge

■ Annexe 1 - CME

Modification de la composition de la CME : un représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique remplace le représentant des étudiants en maïeutique (D. du 7 oct. 2016)

■ Annexe 7 - CHSCT

Mission du CHSCT étendue à la « prévention »

- **Annexe 8 - Commission des usagers (CDU)**
- **Annexe 16 - Charte du bon usage du système d'information de l'AP-HP**

Modifications proposées visant à introduire au sein de la Charte :

- ▶ le rôle du correspondant Informatique et Libertés de l'AP-HP (« CIL »)
- ▶ des dispositions relatives au télétravail
- ▶ des dispositions relatives à la sécurisation des communications chiffrées

■ Article 10 - Structures médicales de l'AP-HP

Les pôles sont composés de deux types de structures internes :

- les services et les unités fonctionnelles (UF « de service » et UF « de pôle »)

Les UF de pôle (UFP) : plates-formes médico-techniques, structures alternatives

Au-delà de l'appellation administrative, appellation « libre » des services et des UF : département, centre, institut....)

■ Article 11

Le Directeur général nomme les chefs de pôles sur « proposition » du président de la CME et du directeur de l'UFR médicale

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le contrat de pôle est contresigné par le président de la CME, ainsi que par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical (représentant des doyens), la CME locale en étant informée

■ Art. 12

Modalités nouvelles de nomination des chefs de services et des responsables des UF directement rattachées aux pôles à la suite des conclusions du groupe de travail « RHPM » Pour les premières candidatures à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de pôle ou en cas de pluralité de candidatures lors d'un renouvellement, le président de la CME recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc

Procédure de nomination : le décret prévoit que ces responsables médicaux sont désormais nommés « sur proposition du président de la CME, après avis du chef de pôle » (et non plus sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME)

■ Article 14 :

Nomination de praticiens comme responsable « provisoire » ou « par intérim » des structures médicales

■ Article 15 :

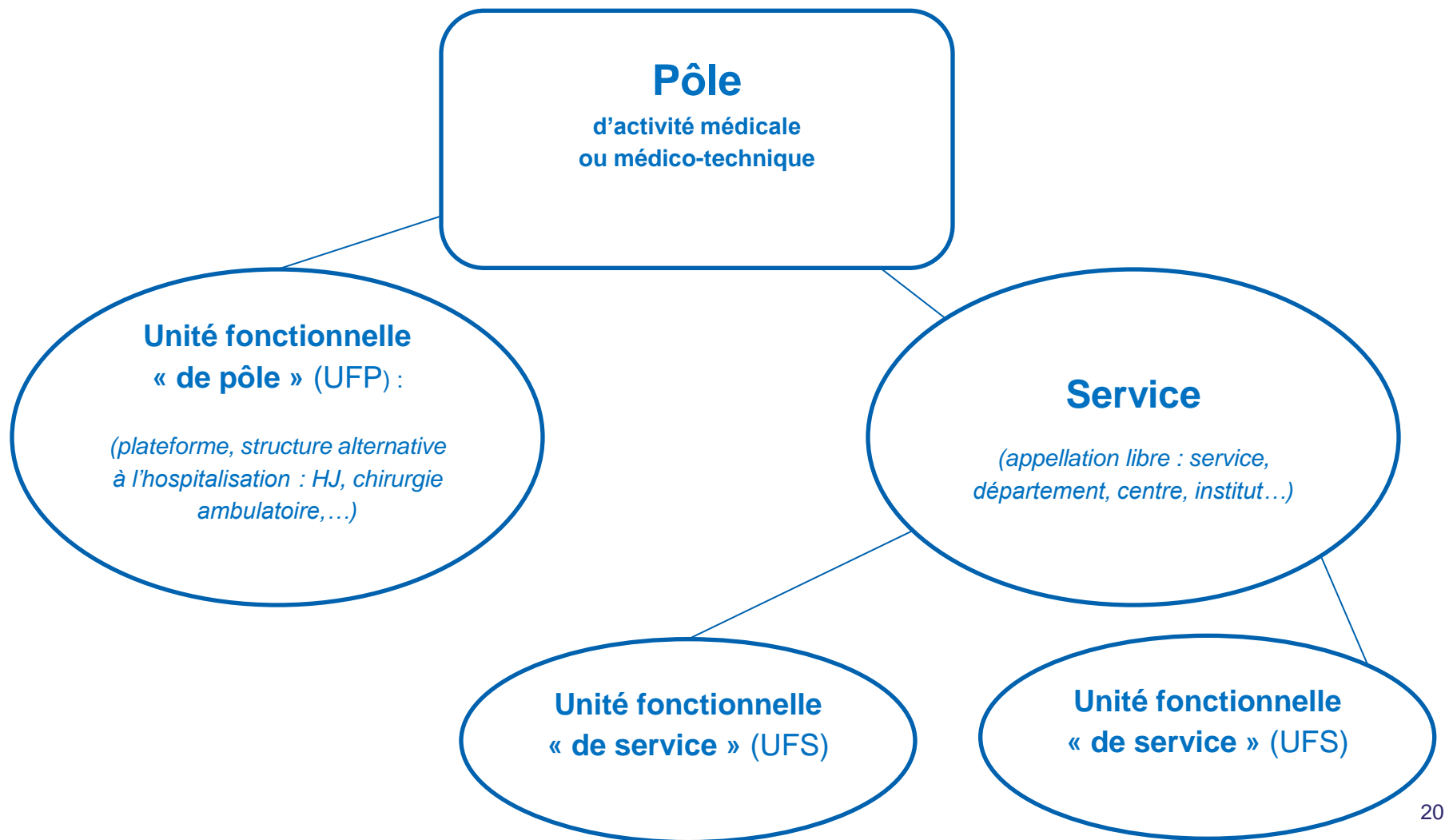
Possibilité de création de structures médicales « supra GH » ou « infra GH » : les fédérations

Rapprocher des activités médicales complémentaires

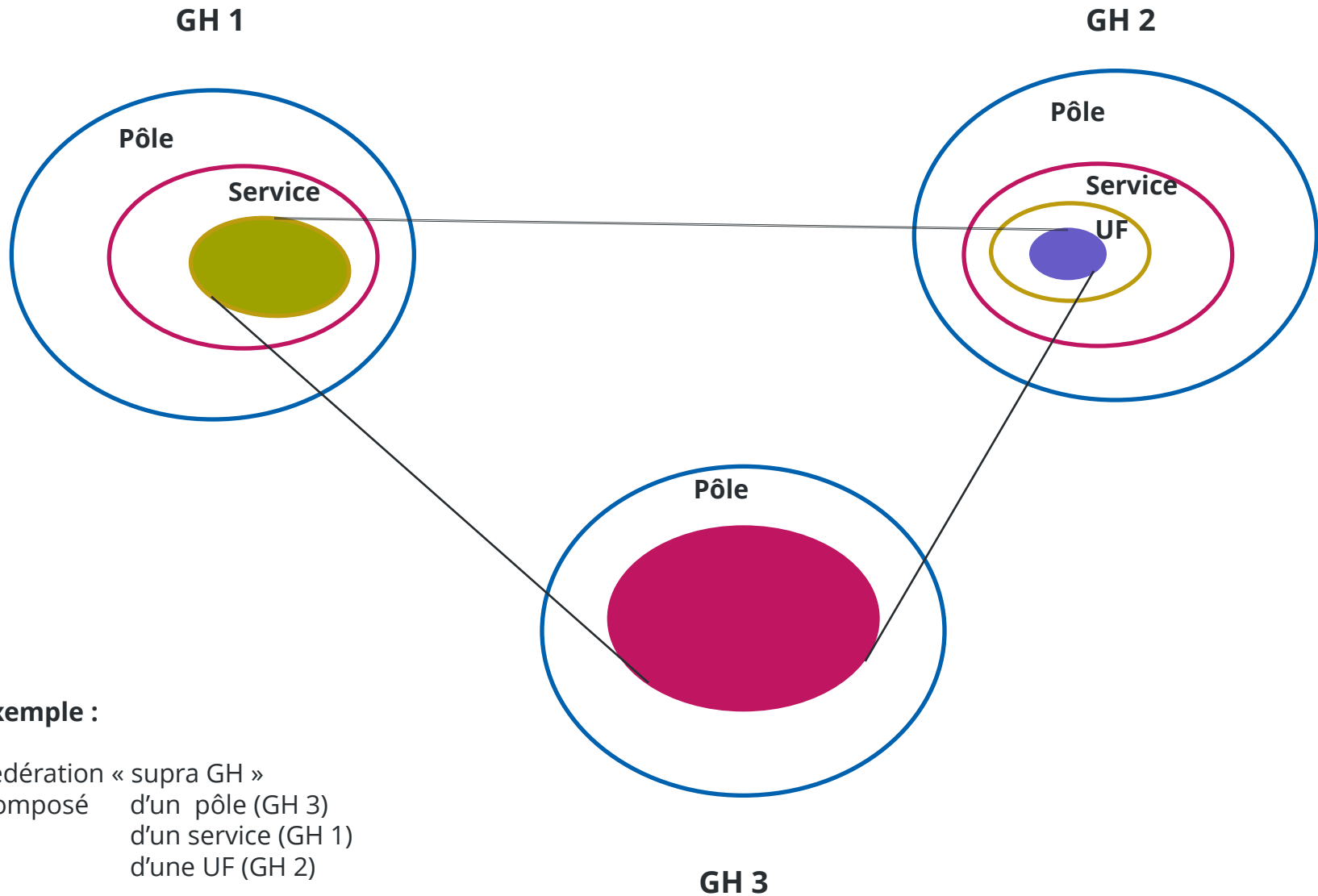
Organisation et fonctionnement définis par un protocole

Sous la responsabilité d'un coordonnateur médical

STRUCTURES INTERNES DES PÔLES

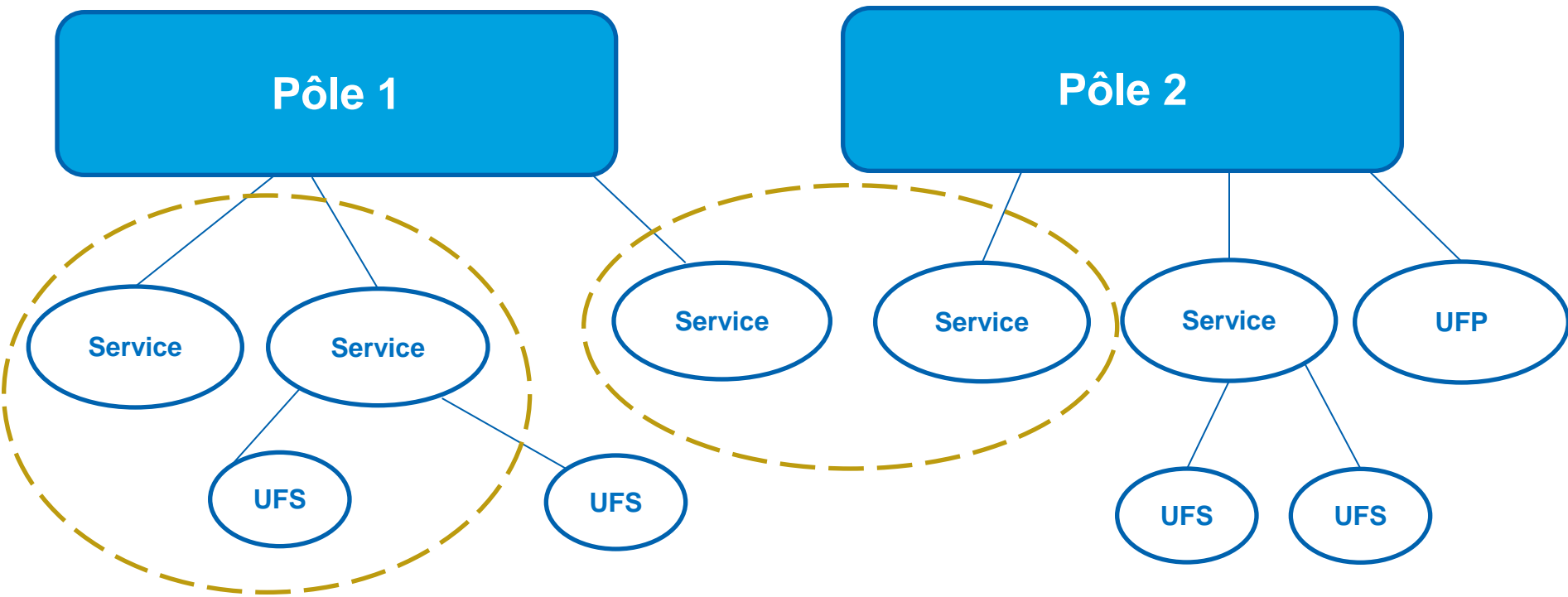


Fédérations « supra GH »



Exemple :

Fédération « supra GH »
Composé d'un pôle (GH 3)
d'un service (GH 1)
d'une UF (GH 2)



*Fédérations intra-GH
(intitulées le cas échéant
département)*

Création, modification et suppression des structures

- Les pôles créés par le directeur général
- Les structures internes créées par le directeur de GH

La gouvernance du pôle

Rôles, fonctions, nomination

- des responsables de structure : chefs de pôle, chefs de service, responsables d'UFP et d'UFS
- du praticien adjoint au chef de pôle
- du directeur référent
- des collaborateurs du chef de pôle (« *trio de pôle* » : cadre paramédical et cadre administratif de pôle, CPP et CAP)

Notion d'autorité fonctionnelle : autorité hiérarchique générale du directeur et autorité fonctionnelle des responsables médicaux sur les effectifs relevant de leurs structures, sous l'autorité fonctionnelle propre des chefs de pôle

Dans le respect de l'indépendance professionnelle et des obligations déontologiques de chaque praticien

Modalités des entretiens annuels de bilan et de projet

Contrats, projets et gestion du pôle

Le contrat de pôle et projets de pôle, de service et d'UF de pôle

Délégations de gestion (art. R. 6146-8, C. santé publ.) : RH médicales, RH non médicales, investissement, entretien et maintenance

Modalités de concertation interne : bureau de pôle, conseil de pôle, conseil de service et d'UFP

Bilans et intéressement

Communication interne au pôle, participation à la gouvernance du GH