

Objet : Modification du règlement intérieur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris

Notre règlement intérieur nécessite une mise à jour, comprenant des ajouts et des modifications, ceci principalement à la suite de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (loi « Santé »).

* * *
*

1- Article 2, Annexes 8 bis et 15

Le décret n° 2016-1714 du 13 décembre 2016 modifie les listes des emplois fonctionnels notamment dans le groupe I s'agissant de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris : La dénomination de l'emploi de « secrétaire général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris » est remplacée par celle de « Directeur général adjoint de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ».

Ainsi il convient dans l'ensemble du présent règlement intérieur de substituer au terme « secrétaire général » celui de « directeur général adjoint » (article 2 – Annexe 8 bis et annexe 15)

Source : Décret n° 2016-1714 du 13 décembre 2016 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans certains emplois fonctionnels de la fonction publique hospitalière

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

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris comprend un conseil de surveillance présidé par l'un de ses membres représentant des collectivités territoriales ou de leurs groupements ou par une personnalité qualifiée. Elle est dirigée par un directeur général nommé par décret en Conseil des ministres, assisté d'un ~~secrétaire général~~ **directeur général adjoint** qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement. (...)

Annexe 8 bis Comité de certification de l'AP-HP

Art. 2 Composition du comité de certification

Le comité de certification de l'AP-HP est composé de membres permanents nommés par arrêté du directeur général :

- le directeur général de l'AP-HP, président du comité ;
- le président de CME de l'AP-HP ;
- 2 membres de la CME choisis par le président de la CME ;
- le ~~secrétaire général de l'AP-HP~~ **le directeur général adjoint de l'AP-HP** ; (...)

Annexe 15 - Commission des contrats publics de l'AP-HP

Composition

Assistent aux séances de la commission avec voix consultative, le ~~secrétaire général de l'AP-HP~~ **le directeur général adjoint de l'AP-HP**, (...)

2- Article 5

La loi de modernisation de notre système de santé a restauré la notion d'un « service public hospitalier » assuré par les établissements publics de santé et supprimé celle de « missions de service public » attribuées par l'agence régionale de santé, au cas par cas, à partir d'une liste légale de missions.

Il a paru opportun que cette mission générale soit inscrite expressément au sein du règlement intérieur.

Sources : Article 99 LMSS – Article L.6112-1 CSP

L'article 5 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 5 - Missions et obligations de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris Droits des personnes malades et des usagers

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris **assure le service public hospitalier**. Elle est au service de la population à laquelle elle assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Elle concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé. Elle garantit l'égal accès de tous aux soins et la continuité du service, elle veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Elle veille également, en toutes circonstances, à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi. L'Assistance publique-hôpitaux de Paris accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; elle assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. Les personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches. Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. La Charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux du groupe hospitalier de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

3- Article 10

Le code de la santé publique dispose que pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve qu'ils doivent être organisés en pôles d'activités. La loi du 26 janvier 2016 prévoit désormais que les pôles peuvent être composés de « *services, départements, d'unités fonctionnelles et de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés* »

Il est proposé de ne retenir au sein de l'AP-HP (en dehors des pôles eux-mêmes) que deux types de structures des pôles : les services et les unités fonctionnelles, qui en l'état satisfont aux besoins d'organisation interne de l'AP-HP et de sa lisibilité.

Il est proposé que les unités fonctionnelles, comme c'est actuellement le cas en pratique, puissent être soit une structure interne de service (UFS), soit être rattachées directement à un pôle (UFP : plates-formes, hôpitaux de jour, etc.). Il est proposé de laisser aux GH la liberté d'intituler comme ils l'entendent ces structures internes (service, département, centre, institut, secteur, etc.).

Par ailleurs le décret du 11 mars 2016 prévoit que les principes essentiels de l'organisation en pôles et de leurs règles de fonctionnement doivent figurer au sein du règlement intérieur de l'établissement. Ces principes font l'objet d'une annexe 17 nouvelle du règlement intérieur (v. *infra*).

Sources : Article 195 LMSS – Article L.6146-1 CSP – Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé - Groupe de travail « structures »

L'article 10 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Article 10 Organisation interne des groupes hospitaliers

Le groupe hospitalier est organisé en pôles hospitalo-universitaires (PHU) d'activités cliniques et médico-techniques. ~~L'organisation des groupes hospitaliers en pôles est définie par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement et avis du comité technique d'établissement central.~~

L'organisation en pôles **des groupes hospitaliers** est proposée par le directeur du groupe hospitalier après concertation avec le comité exécutif, après avis du président de la commission médicale d'établissement locale, avis du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et avis du comité technique d'établissement local.

Les pôles d'activités sont créés, modifiés ou supprimés par le directeur général après concertation avec le directoire, avis du président de la commission médicale d'établissement, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central.

Les pôles sont placés sous la responsabilité d'un praticien chef de pôle.

~~Les pôles d'activités peuvent comporter des structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales, soignantes et médico-techniques. Ces structures internes, constituées conformément à des règles d'organisation communes à l'ensemble des groupes hospitaliers, peuvent notamment porter le nom de service, de département, d'unité fonctionnelle ou d'unité clinique.~~

Les pôles d'activité sont composés, de structures internes de prise en charge des malades par les équipes médicales et paramédicales, qui sont soit des services soit des unités fonctionnelles.

Les services assurent au plan médical et paramédical la prise en charge du patient, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et des soins, la recherche, qu'elle soit médicale ou paramédicale, et l'enseignement.

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

Des unités fonctionnelles peuvent également être rattachées directement à un pôle pour gérer des plateformes médico-techniques, des structures alternatives à l'hospitalisation ou d'autres activités spécifiques. Elles sont alors appelées unités fonctionnelles de pôle (UFP).

Elles Ces structures sont placées sous la responsabilité d'un praticien.

Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision du directeur de GH prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, du président de la CME locale et avis du CTE local.

Les unités fonctionnelles sont créées et supprimées selon les mêmes modalités que les services.

~~Ces structures internes sont créées, par décision du directeur du groupe hospitalier prise après concertation avec le comité exécutif, sur la base du contrat de pôle et sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, avis du président de la commission médicale d'établissement locale et avis du comité technique d'établissement local.~~

Les principes essentiels de l'organisation en pôles et de leurs règles de fonctionnement figurent au sein de l'annexe 17 du présent règlement intérieur.

4- Article 11

Le directeur général nomme désormais les chefs de pôles sur « proposition » du président de la CME et du directeur de l'UFR médicale ou, en cas de pluralité d'UFR médicales, du président du comité de coordination de l'enseignement médical. La loi de modernisation de notre système de santé ne prévoit ainsi plus que cette nomination soit effectuée sur « présentation » d'une liste (d'au moins trois) noms établie par le président de la CME et le doyen ou, en cas de pluralité d'UFR, par le président du comité de coordination de l'enseignement médical ; ni la possibilité pour le directeur général d'imposer la nomination d'un praticien non proposé par le président de la CME et le doyen (ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical)

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le contrat de pôle est désormais contresigné par le PCME et par le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Il est proposé de faire ici référence à la concertation interne et au dialogue au sein des pôles.

Sources : Article L.6146-1 CSP - Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé - Groupe de travail « structures » -

L'article 11 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Article 11 Nomination et missions du praticien chef de pôle

Le chef de pôle est nommé, ~~par le directeur général,~~ pour une durée de quatre ans renouvelable, ~~par le directeur général sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du président du comité de coordination de l'enseignement médical. sur~~ présentation d'une liste comprenant au moins trois propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Le chef de pôle # met en œuvre la politique de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, ~~soignantes, médico-techniques,~~ paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation de ses ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle.

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 (UFP et UFS) prévues par le projet de pôle.** ~~et des règles professionnelles des personnels concernés et des missions et responsabilités des structures internes prévues par le projet du pôle.~~ **Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.**

Le chef de pôle peut disposer d'une délégation de signature du directeur de groupe hospitalier. ~~Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres supérieurs paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalier.~~ Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un cadre administratif de pôle et un cadre paramédical de pôle, choisis parmi les cadres paramédicaux et les cadres administratifs. Il en propose la nomination au directeur du groupe hospitalier. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Un ~~ou plusieurs~~ praticiens adjoints au chef de pôle peut être désigné par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement locale.

Un contrat de pôle est signé entre le directeur général et chaque chef de pôle pour une durée de quatre ans.

~~Ce contrat de pôle est contresigné par le président de la commission médicale d'établissement, ainsi que par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, la commission médicale d'établissement locale en étant informé.~~

~~Le contrat de pôle~~ définit les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués. Il prévoit les indicateurs retenus pour l'évaluation de ces objectifs. ~~La signature du contrat de pôle s'effectue sur proposition du directeur du groupe hospitalier après avis du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et information de la commission médicale d'établissement locale.~~ Le chef de pôle élabore un projet de pôle qui définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et les responsabilités confiées aux ~~services, unités fonctionnelles de pôle et unités fonctionnelles de service~~ structures internes et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent. Les comités techniques d'établissement locaux sont informés sur les contrats de pôles.

5 - Article 12

Il s'agit ici de mentionner les modalités nouvelles de nomination des chefs de services et des UF directement rattachées aux pôles à la suite des conclusions du groupe de travail « RHPM Management des ressources humaines médicales et prévention des RPS » (2016).

S'agissant de la procédure de nomination, le décret prévoit que ces responsables médicaux sont désormais nommés pour une durée de 4 ans « sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle » (et non plus sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME). Cette nomination court pour quatre ans renouvelables.

S'agissant de la procédure destinée à mettre fin aux fonctions de responsable de structure interne, service ou unité fonctionnelle dans l'intérêt du service, le décret du 11 mars 2016 simplifie le dispositif. Désormais, il peut y être mis fin « par décision du directeur après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle ».

Sources : Article R.6146-4 et 5 CSP - Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé - Groupe de travail « structures » - Groupe de travail « RHPM Management des ressources humaines médicales et prévention des RPS »

L'article 12 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 12 Nomination, -missions et fin de fonction des responsables de structures internes des pôles

~~Les responsables des structures internes des pôles assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.~~

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

Ils élaborent avec le conseil de service ou le conseil de l'unité fonctionnelle de pôle, en conformité avec le contrat et le projet de pôle, un projet de service ou d'unité fonctionnelle de pôle, qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Les chefs de service et les responsables d'unité fonctionnelle de pôle sont nommés par le directeur général ou, en vertu de la délégation qu'il leur a accordée, par le directeur du groupe hospitalier pour une durée de quatre ans renouvelable sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

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 commission médicale d'établissement recueille au préalable l'avis d'une commission ad hoc composée au minimum du président de la commission médicale d'établissement locale, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée, du directeur du groupe hospitalier, du chef de pôle, auxquels peuvent s'adjoindre des personnalités qualifiées pour le lien qu'elles entretiennent avec le service concerné comme les chefs de service en lien avec le service.

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

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

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

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

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

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

En cas de renouvellement à un poste de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de pôle et en l'absence d'autre candidature, le candidat à son renouvellement présente devant le comité exécutif un rapport sur l'activité de son service ou de son unité et sur sa gestion des ressources humaines. Ce rapport porte notamment sur la mobilité des personnels médicaux, paramédicaux et des cadres ainsi que sur la réalisation d'entretiens annuels avec les praticiens du service ou de l'UFP. Lorsque le directeur du GH, le président de la CME locale et le chef de pôle le décident, un second rapport est réalisé par un tiers extérieur qu'ils désignent. Le conseil de service ou d'unité fonctionnelle de pôle consacre une séance au bilan des actions menées au cours du mandat précédent et aux propositions d'évolution de l'organisation et du fonctionnement du service ou de l'unité.

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

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de chef de service ou de responsable d'unité fonctionnelle de pôle par décision du directeur général, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

Les responsables d'unité fonctionnelle de service sont nommés par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du chef de pôle et avis conjoint du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable d'unité fonctionnelle de service par décision du directeur de groupe hospitalier, après avis du président de la commission médicale d'établissement et du chef de pôle.

6- Article 14

L'article 14 est modifié s'agissant des chefs de service pour tenir compte de deux situations :

- Celle où l'exercice provisoire est amené à durer plusieurs semaines ou mois en attente de la mise en œuvre de la procédure de nomination d'un responsable titulaire (article 12).
- Celle de la nomination par intérim pour garantir dans l'immédiat l'exercice d'une fonction de responsable médical en cas de vacance ponctuelle.

L'article 14 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Article 14 – Exercice provisoire et par intérim de fonctions de responsabilité médicale

En cas de vacance temporaire de praticien désigné selon les conditions de l'article 11 pour une des fonctions de chef de pôle et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'article 11, le directeur général peut désigner un praticien de l'établissement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions après avis du directeur du groupe hospitalier, avis du président de la commission médicale d'établissement, et sur proposition conjointe 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 temporaire de praticien désigné selon les conditions de l'article 12 pour des fonctions de responsable de structure interne de pôle et pendant le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'article 12, le directeur du groupe hospitalier peut désigner un praticien de l'établissement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales

requis, pour exercer provisoirement ces fonctions **après avis** du chef de pôle, **avis conjoint** du président de la commission médicale d'établissement locale, 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 hospitalier dont relève le praticien et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée si ce groupe hospitalier est différent de celui où il exercera provisoirement ces fonctions.

Dans ces deux cas, pour garantir dans l'immédiat l'exercice d'une fonction de responsabilité médicale sur la structure concernée le directeur général s'agissant des pôles ou le directeur du groupe hospitalier pour les structures internes de pôle désigne un praticien pour l'en charger à titre intérimaire.

7 - Article 15

Il est proposé, de façon notamment à disposer au sein de l'AP-HP d'un outil permettant des organisations « supra-GH », de permettre la création de « fédérations », associant des activités médicales complémentaires. Ces fédérations, dont la constitution et la nomination du responsable/coordonnateur médical relèveraient du Directeur général après avis du président de la CME, permettraient de réunir et selon des configurations adaptées aux différentes situations, des pôles, services et unités fonctionnelles, relevant d'un même GH ou de GH distincts.

Par ailleurs, le règlement intérieur prévoira la possibilité pour les fédérations « supra GH » de se constituer en pôle « supra GH ».

Sources : Groupe de travail « structures »

L'article 15 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Article 15 – Fédérations – Départements hospitalo-universitaires

~~Il peut être constitué des structures médicales et médico-techniques communes à deux ou plusieurs groupes hospitaliers. Un règlement intérieur spécifique est établi par les directeurs des groupes hospitaliers concernés pour définir la répartition des activités et des moyens, y compris des ressources humaines, entre les structures concernées, le contrôle du déroulement budgétaire ainsi que les modalités selon lesquelles s'exerce l'autorité des directeurs des groupes hospitaliers sur les personnels de la structure.~~

Les pôles, 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-GH » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant de plusieurs groupes hospitaliers distincts,
- fédération « intra-GH » lorsqu'elles sont constituées entre structures relevant d'un même groupe hospitalier.

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

Les fédérations « supra GH » peuvent se constituer en pôle « supra GH ».

L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un protocole arrêté dans des conditions prévues en annexe du présent règlement.

En vue de concourir à la mise en œuvre d'objectifs communs de soins, d'enseignement et de recherche, le pôle peut constituer, avec d'autres organismes universitaires et scientifiques, un département hospitalo-universitaire (DHU). 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 structures visées au présent article 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 hospitaliers concernés.

8 - Article 32

Modification rédactionnelle

L'article 32 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 32 Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins du groupe hospitalier en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale du groupe hospitalier, le directeur du groupe hospitalier les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des principes généraux du droit et des règlements. Le directeur du groupe hospitalier veille, en tant que responsable du bon fonctionnement du groupe hospitalier, au respect des règles de sécurité du fonctionnement du groupe hospitalier 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.

9 - Article 34

Afin d'accroître la sécurité interne au sein des différents sites et services de l'AP-HP, un dispositif de cartes professionnelles a été mis en place en 2016, qu'il paraît utile de mentionner au règlement intérieur.

L'article 34 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 34 Accès au groupe hospitalier

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

toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein du groupe hospitalier n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et au besoin reconduits à la sortie du groupe hospitalier. De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

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

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

10 - Article 37

La loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI 2) est venue remplacer le terme de « vidéosurveillance » par « vidéoprotection »

L'article 37 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 37 Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, **de vidéoprotection, de** contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives locales compétentes du groupe hospitalier. 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.

~~Il doit être conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés et faire l'objet d'une déclaration à la préfecture de police. L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéosurveillance doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et celles des décrets pris pour son application.~~

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.

11 - Articles 46, 154 et 234

La loi « Santé » et l'ordonnance du 19 mai 2016 ont prévu l'interdiction du vapotage dans certains lieux publics. L'interdiction concerne les établissements recevant des mineurs et les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Sources : Article 28 de la LMSS - Ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016 a créé l'article L.3513-6 du CSP

L'article 46 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 46 Interdiction de fumer et de vapoter

Il est interdit de fumer dans tous les lieux du groupe hospitalier fermés et couverts. Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux fermés et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer.

(Le cas échéant, dans les groupes hospitaliers comprenant une unité de soins de longue durée : les patients hospitalisés au sein des unités de soins de longue durée du groupe hospitalier peuvent néanmoins être autorisés à fumer dans leur chambre, en ce qu'elle constitue un espace privatif, étant précisé qu'une telle autorisation, délivrée à titre individuel, ne peut en aucun cas permettre à un patient de fumer dans son lit, ni dans une chambre qu'il partage avec un patient non-fumeur.) (Le cas échéant : à titre exceptionnel, l'application de l'interdiction de fumer peut être progressive pour certains patients en raison de leur pathologie, lorsque la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures.)

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

L'article 154 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 154 Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement des unités de soins et plus généralement du groupe hospitalier. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients. Les patients peuvent demander au groupe hospitalier de ne pas permettre les visites aux personnes qu'ils désignent. Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer **et de vapoter** prévue à l'article 46. Il est interdit aux visiteurs d'introduire, dans les chambres des patients, des médicaments, sauf accord exprès du médecin en charge du patient, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient. Les visiteurs doivent s'abstenir de remettre aux patients des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec leur régime alimentaire. Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

L'article 234 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local (CHSCTL) visé à l'article 8 a notamment pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des personnels du groupe hospitalier, y compris des personnels temporaires et des personnels des entreprises

extérieures, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières. Tous les agents du groupe hospitalier doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer **et de vapoter**, visée à l'article 46. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer la sécurité générale du groupe hospitalier et de ses usagers.

12 - Article 51

La loi du 26 janvier 2016 prévoit une information systématique des patients relevant de soins palliatifs afin qu'ils puissent choisir leur praticien et leur mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Sources : Article 175 de la LMSS - Article L.1110-8 CSP

L'article 51 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 51 Principe du libre choix du patient

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

13 - Article 57

Désormais, le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé doit accompagner sa demande d'une *lettre de liaison* synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose.

Sources : Article L1112-1 du CSP - Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison Entrée en vigueur le 1er janvier 2017

L'article 57 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

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

Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans

toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin hospitalier concerné et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

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

14 – Article 60

Modification rédactionnelle afin de préciser que cette disposition ne s'applique que pour les « soins urgents ».

Sources : Article R.1112-14 CSP.

Art. 60 Admission à la suite d'un Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne du groupe hospitalier constate que l'état d'un patient ou blessé requiert des soins **urgents** relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein du groupe hospitalier ou nécessitant des moyens dont le groupe hospitalier ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un groupe hospitalier ou un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin de la structure ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement à son transfert provisoire ou à son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement.

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

15 - Article 63

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a institué les CeGIDD, qui viennent se substituer aux précédents centres de dépistage anonymes et gratuits du VIH (CDAG) et aux centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

Sources : Article L. 3121-1 CSP - Arrêté du 1er juillet 2015 relatif au CeGIDD

L'article 63 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 63 Consultation de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)

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

~~Les dépenses afférentes aux activités de dépistage du VIH sont prises en charge conjointement par l'État et les organismes d'assurance maladie. Aucun paiement n'est donc demandé aux consultants.~~
Toutes les prestations dispensées par le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

L'article 64 du règlement intérieur de l'AP-HP est supprimé :

Art. 64 Dispensaire de lutte contre les infections sexuellement transmissibles

~~Le cas échéant~~

~~Afin d'assurer la prophylaxie et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles, un dispensaire spécialisé agréé par le préfet du département est implanté au sein du groupe hospitalier. Ce dispensaire assure de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage, le diagnostic ainsi que l'accompagnement des patients dans la recherche de soins appropriés.~~

16 - Article 71 et 74

Modification rédactionnelle

Les articles 71 et 74 du règlement intérieur de l'AP-HP sont modifiés comme suit :

Art. 71 Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

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

Art. 74 Hospitalisation à domicile

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris permet d'assurer au domicile du patient, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Le service d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique déterminée. L'admission d'un patient au sein du service d'hospitalisation à domicile et sa sortie sont prononcées par le directeur chargé de ce service, après avis d'un médecin coordonnateur chargé de son fonctionnement médical. L'admission est effectuée dans les limites de la capacité d'accueil du service.

Le service d'hospitalisation à domicile de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dispose de son propre règlement intérieur.

17 - Article 75

Modification rédactionnelle : la rédaction antérieure pouvait être lue comme ouvrant aux praticiens une faculté unilatérale d'exercer cette activité libérale, qui nécessite en réalité la conclusion d'un contrat d'activité libérale.

Sources : Article 138 LMSS – Article L.6154-2 CSP

L'article 75 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

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

18 – Article 92

La loi du 26 janvier 2016 a étendu 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 aux actions de prévention, de dépistage et de diagnostic.

Sources : Article 7 LMSS – Articles L.1111-5 et L.1111-5-1 CSP

L'article 92 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 92 Soins confidentiels à la demande des mineurs

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin **ou la sage-femme** peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque **l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic**, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin **ou la sage-femme** doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin **ou la sage-femme** peut mettre en œuvre **l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic**, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

19 – Article 97

Ajout apporté par la loi du 26 janvier 2016 (participation de la sage-femme à l'obtention du consentement en vue d'IVG dans le secret sur une mineure).

Sources : Article 127 LMSS – Article L.2212-7 CSP

L'article 97 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

Le cas échéant

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

Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli. Toutefois, si la mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin **ou la sage-femme** doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien préalable à l'intervention réalisé dans les conditions légales. Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par une personne majeure de son choix. La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une interruption de grossesse ou les actes préalables qui y sont liés :

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

20 – Article 102 et 166

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs a substitué au terme de « gérant de tutelle » celui de « mandataire judiciaire à la protection des majeurs ».

Source : Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

L'article 102 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 102 Prise en charge des majeurs protégés

Conformément aux dispositions du Code civil, si l'intérêt de la personne hospitalisée le justifie, le juge peut désigner en qualité de curateur ou de tuteur la personne préposée de l'établissement inscrite sur une liste d'habilitation établie par le préfet. Le préposé en charge des mesures de

protection juridique au sein du groupe hospitalier, appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, est choisi par le directeur parmi le personnel administratif titulaire. Sauf mention expresse contraire, la mesure de protection juridique porte à la fois sur la protection des biens et sur la protection de la personne. Le mandataire, ~~appelé communément « gérant de tutelle »~~, ne manie aucun fonds. Seul le régisseur du groupe hospitalier est habilité à percevoir les fonds du majeur protégé et à assurer le dépôt des biens placés conformément aux directives données par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

L'article 166 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 166 Courrier

Le vaguemestre du groupe hospitalier est à la disposition des patients hospitalisés pour toutes leurs opérations postales. La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein de l'unité de soins par un cadre infirmier. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement par le vaguemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au **mandataire judiciaire à la protection des majeurs** ~~gérant de tutelle~~, notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

21 - 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.

Sources : Article 189 LMSS- Article L1110-4, art. L. 1111-7 et L. 1111-18 CSP

L'article 116 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 116 Communication du dossier médical

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les professionnels qui y exercent. Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

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

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Les patients peuvent accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire du médecin qu'ils désignent. La communication a lieu au plus tard dans les huit jours suivant la demande et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales

datent de plus de cinq ans ou pour les patients atteints de troubles mentaux, lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Le médecin qui a établi ces informations ou qui en est dépositaire peut recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations. À titre exceptionnel, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte d'un patient atteint de troubles mentaux (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) et en cas de risques d'une gravité particulière, la consultation des informations peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur. En cas de refus de ce dernier, la commission départementale des soins psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur. Le droit d'accès au dossier du mineur, sous réserve de l'opposition prévue à l'article 92 du présent règlement, est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin. En cas de décès du patient, les informations le concernant peuvent être délivrées à ses ayants droit, **son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité** sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour :

- connaître les causes de la mort ;
- défendre la mémoire du défunt ;
- ou faire valoir leurs droits. Seules peuvent être transmises aux ayants droit les informations répondant à l'objectif poursuivi. La communication du dossier est assurée par le praticien responsable de la structure médicale concernée ou par tout membre du corps médical du groupe hospitalier désigné par lui à cet effet. Elle a lieu :
 - soit par consultation gratuite sur place ;
 - soit par l'envoi par le groupe hospitalier de la reproduction des pièces du dossier, aux frais de la personne qui sollicite la communication, sans que ces frais puissent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant de l'envoi des documents. À la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces du dossier médical, ainsi que toutes les autres jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de huit jours, au praticien que le patient ou son représentant légal a désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient. Les praticiens responsables des structures médicales communiquent ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin-conseil de la Sécurité sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

22 – Article 119

La loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie est venue apporter des précisions sur la procédure de désignation de la personne de confiance.

Source : Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article L.1111-6 CSP

L'article 119 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 119 Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit **et cosigné par la personne désignée**. Le groupe hospitalier est tenu d'informer le patient de cette possibilité. **Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement**. Cette personne peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir

l'information nécessaire à cette fin. **Elle rend compte de la volonté de la personne.** Elle peut, à la demande du patient, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. La personne de confiance doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et que le médecin envisage, dans le cadre de la procédure collégiale prévue par la loi, de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prolongation artificielle de la vie. ~~Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.~~ **Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.**

23 - Article 121

Mention (et renvoi) sur les modalités nouvelles du secret *partagé* et *collectif* au sein des hôpitaux.

Sources : Article 96 LMSS, art. L.1110-4 CSP

L'article 121 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 121 Le secret à l'hôpital

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

Entre professionnels de santé

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

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à un même patient, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible, sauf opposition du patient dûment averti. Lorsque le patient est pris en charge par une équipe de soins, les informations le concernant sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe.

Avec les proches ou la famille

- En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches du patient ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct au patient, sauf opposition de ce dernier. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

- En cas de décès, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant un patient décédé soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le patient avant son décès.

Par ailleurs, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein du groupe hospitalier ou sur leur état de santé. Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesses d'accueil...) en sont avisés. Ces

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

24 – Article 122

Mise à jour de l'article 122 au regard des dispositions récentes de la loi du 7 octobre 2016.

Source : Article 58 de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique

L'article 122 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 122 Traitements automatisés des données à caractère personnel

À l'occasion du séjour du patient au sein du groupe hospitalier, des renseignements administratifs, sociaux et médicaux concernant les patients et constituant des données à caractère personnel, sont traités par les applications informatiques de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Ces données sont notamment recueillies pour faciliter la gestion administrative des dossiers, la facturation des actes médicaux, la télétransmission des feuilles de soins, l'édition des résultats d'analyse **et d'examens** ou encore des travaux statistiques à usage de service.

Les traitements gérant ces informations sont effectués dans le respect de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. Les personnes concernées peuvent exercer un droit d'accès à ces informations, afin d'en vérifier l'exactitude et le cas échéant afin de les rectifier, de les compléter **ou de les mettre à jour. ou encore pour en demander la suppression pour des raisons justifiées. Elles peuvent, après en avoir justifié, s'opposer aux traitements de leurs données.**

Ce droit peut être exercé en s'adressant au directeur du groupe hospitalier (responsable du traitement) ou bien en adressant un courriel à l'adresse suivante : droits.patient@aphp.fr

Cas particulier de la Recherche

Ces données peuvent faire l'objet d'analyses statistiques pour la recherche scientifique dans le domaine de la santé par l'équipe médicale responsable de vos soins ou par d'autres professionnels dûment habilités. Le patient peut à tout moment exprimer une opposition à cette utilisation des données en s'adressant au directeur du groupe hospitalier ou bien en adressant un courriel à l'adresse suivante : droits.patient@aphp.fr .

Il est précisé que les données médicales sont informatisées et réservées à l'équipe de soins qui suit chaque patient **dans les conditions précisées à l'article 217 du présent règlement intérieur.** Tout médecin désigné par le patient peut également en prendre connaissance.

25- Articles 126 et 127 et annexe 8

La loi du 26 janvier 2016 a prévu qu'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 dans ses compétences un volet « qualité » plus important et est associée à l'organisation des parcours de soins. Le conseil de surveillance délibère au moins une fois tous les ans sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge sur la base d'un rapport de la CDU. Le président de la commission locale peut être le directeur du groupe hospitalier, un médiateur ou un représentant des usagers.

Sources : Article 183 LMSS, art. L.1112-3 CSP - Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

L'article 126 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 126 Commission centrale de concertation avec les usagers

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

- d'animer un dialogue et de débattre avec les représentants des usagers ;
- de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers ;
- de veiller au bon fonctionnement des ~~CRUQPC locales~~ **commissions des usagers locales** au sein des groupes hospitaliers ;
- d'examiner tout sujet afférent aux usagers et à leurs droits.

L'article 127 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

**Art. 127 ~~Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge locales~~
Commissions des usagers locales**

Une ou plusieurs **commissions des usagers locales (CDU locales)** ~~commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)~~ sont instituées au sein du groupe hospitalier. 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 hospitalier, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elles sont consultées sur la politique menée dans le groupe hospitalier 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 hospitalier 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 hospitalier (ou son représentant), ~~président~~ ;
- deux médiateurs (et leurs suppléants) ;
- deux représentants des usagers (et leurs suppléants) ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le responsable de la politique de la qualité du groupe hospitalier assiste aux séances des commissions avec voix consultative. Les commissions peuvent entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. La liste nominative des membres des commissions est affichée au sein du groupe hospitalier 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.

L'annexe 8 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifiée : voir document joint.

26 – Article 130

Cet article 130 doit être mis à jour au regard des dispositions de la loi du 2 février 2016 ouvrant des nouveaux droits pour les malades en fin de vie.

Les directives anticipées n'ont désormais plus de durée limitée.

Sources : Article 8 LMSS, Loi du 2 février 2016 « fin de vie »

L'article 130 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

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

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

Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signée par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance être récentes et ne pas dater de plus de trois ans. Elles sont **révisables ou** révocables à tout moment.

27 – Article 131

La loi du 2 février 2016 a supprimé la condition qui prévoyait, lorsque la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement mettait sa vie en danger, le médecin devait tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Source : LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie – Article L.111-4 CSP

L'article 131 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 131 Refus des soins

~~Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.~~ La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer

ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du groupe hospitalier. Le médecin en informe immédiatement le directeur du groupe hospitalier. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, dans toute la mesure du possible.

28 – Article 137

Référence à l'article 51 du règlement intérieur sur le point de l'information systématique des patients relevant de soins palliatifs afin qu'ils puissent choisir leur praticien et leur mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile.

Sources : Article 175 LMSS - Article L.1110-8 CSP

L'article 137 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 137 - Droit aux soins palliatifs

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

29 – Article 143

Il s'agit de préciser, à la suite des textes récents (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.

Sources : Décret n° 2016-1118 du 11 août 2016 relatif aux modalités d'expression du refus de prélèvement d'organes après le décès - L1232-1 CSP - Arrêté du 16 août 2016 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives à l'entretien avec les proches en matière de prélèvement d'organes et tissus

L'article 143 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 143 Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourent, directement ou indirectement, tous les hôpitaux et groupes hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Un prélèvement d'organes sur une personne vivante, qui en fait le don, ne peut être réalisé que dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur. Un tel prélèvement ne peut être effectué que sur un donneur répondant aux critères, notamment de parenté, prévus par la loi. Un prélèvement d'organes sur un patient dont la mort a été dûment constatée ne peut être effectué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques. Il peut être pratiqué dès lors que le patient n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus pour un tel prélèvement. **Le refus de prélèvement peut concerner l'ensemble des organes et des tissus susceptibles d'être prélevés ou seulement certains de ces organes ou tissus.** Ce refus peut être exprimé **à titre principal** ~~par tout moyen,~~ notamment par

l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvements prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révoqué à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant.

Le refus de prélèvement des organes est révisable et révoqué à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente.

Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité, Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du patient décédé, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches l'opposition au don d'organes éventuellement exprimée de son vivant par le patient, par tout moyen. Il doit les informer de la finalité des prélèvements envisagés. Les proches doivent être informés de leur droit à connaître les prélèvements effectués. Si

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

30 – Article 151 bis

Introduction d'un article 151 bis relatif au respect de la vie privée : droits de la personnalité sur la captation d'image et enregistrement de la voix.

Il est créé un article 151 bis comme suit :

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

Les personnels, patients, visiteurs et autres tiers (prestataires, associations, journalistes, photographes,...) ne peuvent se livrer, dès lors qu'elle permet l'identification de personnes, à la captation d'attributs de leur personnalité, et notamment de leur image ou leur voix, sans l'autorisation expresse des intéressés ou celle de leur représentant légal.

Les images et les voix sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur captation, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'Assistance publique - hôpitaux de Paris ne saurait en aucune manière être appelée en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.

31 – Article 157

Modification de l'article 157 pour y inclure les photographes.

L'article 157 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

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

L'accès des professionnels de la presse, des sociétés de production, des artistes ou de tout tiers captant, enregistrant ou fixant les paroles ou l'image d'un patient ~~est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Ce consentement doit être recueilli par écrit par l'intervenant concerné et versé au dossier du patient. Les paroles et images des patients sont enregistrées sous l'entière responsabilité des personnes procédant à leur capture, à leur enregistrement ou à leur transmission. L'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne saurait en aucune manière être appelée en garantie au cas de litige consécutif à leur utilisation.~~ **s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 151 bis.**

32 – Article 159

Modification de l'article 159 afin d'y ôter les photographes désormais mentionné à l'article 157.

L'article 159 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

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

L'accès au sein du groupe hospitalier des démarcheurs, ~~photographes~~, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur du groupe hospitalier. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

33 – Article 159 bis

Cet article nouveau a pour objet d'encadrer de façon stricte au sein de l'AP-HP l'accès et l'activité des visiteurs médicaux.

Il est créé un article 159 bis comme suit :

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 référencés 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.

34 – Article 167

Modification rédactionnelle : élargir les dispositions de l'article à d'autres équipements de micro-informatique que les seuls télécopieurs.

L'article 167 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 167 Téléphone et micro-informatique

Des appareils téléphoniques (le cas échéant, informatiques) peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques. Chaque groupe hospitalier définit soit directement, soit par l'intermédiaire d'un prestataire les conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique ou informatique, notamment en ce qui concerne la facturation. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci de confort des patients, selon des conditions économiques permettant au plus grand nombre d'en bénéficier. Les patients qui le souhaitent peuvent obtenir le transfert au sein du groupe hospitalier de leur ligne téléphonique personnelle, dans la mesure où les installations techniques le permettent. En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans le groupe hospitalier, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « arrêt » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels. Par ailleurs, l'utilisation des téléphones portables dans les locaux où elle n'est pas interdite est soumise le cas échéant à des restrictions spécifiques définies par la direction du groupe hospitalier après avis des responsables médicaux concernés. Le groupe hospitalier met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances. Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein du groupe hospitalier doivent veiller à ne pas provoquer de ce fait de gêne pour les autres personnes, tout particulièrement en soirée et la nuit. Elles conservent personnellement leur téléphone, la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne pouvant être engagée, sauf en cas de faute commise dans les conditions visées à l'article 148, en cas de vol, de perte ou de détérioration. Sous réserve des dispositions de ce même article, les patients peuvent être autorisés à utiliser leurs ordinateurs portables et **équipements associés** télécopieurs. L'installation de ces matériels s'effectue

sous leur seule responsabilité. Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu.

35 – Article 171

La loi du 26 janvier 2016 prévoit la remise obligatoire au patient lors de sa sortie d'une « lettre de liaison » pour faciliter la coordination avec sa prise en charge en ville.

Le praticien qui adresse le patient à l'hôpital accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à sa prise en charge. A la sortie, ce praticien est destinataire d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, qui peut être dématérialisée.

*Sources : Article 95 LMSS – Article L.1112-1 CSP - Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison – Article R.1112-60 du CSP
Entrée en vigueur le 1er janvier 2017*

L'article 171 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 171 Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation. Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale. Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le groupe hospitalier tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département. **Le praticien qui a adressé le patient au groupe hospitalier en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin du groupe hospitalier en charge du patient ou par un autre membre de l'équipe de soins et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises.**

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

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

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

36 – Article 176

La loi du 26 janvier 2016 a prévu l'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.

Sources : Article 127 LMSS - L.1111-3 CSP et L.162-1-9 CSS

L'article 176 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 176 Information

~~Le patient ou sa famille a droit, à sa demande, à une information sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et sur les conditions de leur prise en charge.~~

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'AP-HP à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

37 – Article 176 bis

La loi prévoit la délivrance systématique à la sortie du patient d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge. La mise en œuvre de ces dispositions est en cours de développement dans le système d'information de l'AP-HP. Cette disposition sera intégrée dans le règlement intérieur lorsqu'elle sera définitivement opérationnelle.

Sources : Article 94 LMSS - L. 1111-3-1 CSP – Décret n°2016-1471 du 28 octobre 2016

Il est créé un article 176 bis comme suit :

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

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

38 – Article 179

Il est substitué au terme « trésorerie générale » celui de « direction spécialisée des finances publiques »

L'article 179 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 179 Paiement des frais de séjour et provisions

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

39 – Article 181

La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle est venue notamment modifier un certain nombre de dispositions législatives relatives à l'état civil.

Elle a notamment modifié l'article 55 du Code civil relatif au délai pour déclarer la naissance d'un enfant. Les naissances doivent désormais être déclarées auprès de l'officier de l'état civil de la commune de naissance dans un délai de 5 jours (et non plus 3 jours comme c'était le cas auparavant).

Source : Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle

L'article 181 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 181 Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein du groupe hospitalier est effectuée par un agent du groupe hospitalier chargé de l'état civil ou à leur demande par le père ou la mère, conformément aux dispositions du Code civil, dans les **cinq** ~~trois~~ jours suivant l'accouchement. Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur ou son représentant, sur les indications données par la mère du nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent du groupe hospitalier à la mairie (de l'arrondissement ou de la commune où a eu lieu la naissance). Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre alphabétique d'inscription des naissances tenu par le groupe hospitalier.

40 – Article 184

Modification rédactionnelle.

L'article 184 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 184 Annonce du décès

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du groupe hospitalier. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens. La notification du décès est faite :

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

41 – Article 185

Les hôpitaux disposent à présent d'un registre de suivi des corps (logiciel « Thanatos »)

L'article 185 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 185 Formalités entourant le décès

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

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'article 194 ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification. Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :
 - une fiche d'identification destinée à la direction du groupe hospitalier et comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que la mention « Le décès paraît réel et constant » ;
 - un certificat de décès dans les formes réglementaires, qui doit être transmis à la mairie dans les 24 heures.

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

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

42 – Article 187

Un principe désormais reconnu est que tous les corps des patients décédés sont déposés à la chambre mortuaire de l'hôpital.

L'article 187 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 187 - Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'article 194, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire ~~à l'exception du cas de transport sans mise en bière~~. De là, il ne peut être transféré hors du groupe hospitalier que dans les conditions prévues aux articles 188, 189 et 190 du présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi. Quand les circonstances le permettent, la famille peut demeurer auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement. Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences. Avant toute présentation, les agents du groupe hospitalier et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière. Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du groupe hospitalier du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits. La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique qui est affiché dans ses locaux, à la vue du public (annexe 14 du présent règlement).

43 – Article 193

Modification réglementaire des délais de transport des corps.

L'article 193 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 193 Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. La démarche de don peut être entreprise auprès de l'école de chirurgie des Hôpitaux de Paris (17, rue du Fer-à-Moulin, 75005 Paris ; tél. : 01 46 69 15 20) ou auprès d'un autre établissement de soins, d'enseignement et de recherche acceptant les dons de corps. En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt. Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès. Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder **48** ~~24~~ heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination. ~~Ce délai est porté à 48 heures si le décès a lieu dans un groupe hospitalier disposant d'équipements permettant la conservation des corps.~~ Pour être valable, un éventuel document d'annulation du don doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement au don, par la personne décédée.

44 – Article 200

Au terme « trésorerie générale » est substitué celui de « direction spécialisée des finances publiques ».

L'article 200 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 200 Frais de séjour

Les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés ;
 - le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance ;
 - le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies. Le montant du forfait « soins » est fixé par arrêté ministériel. Il est intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits du résident. Le montant du tarif « dépendance » est fixé par le président du Conseil de Paris. Le montant du tarif « hébergement » est fixé par le président du Conseil de Paris. Il est pris en charge selon deux modalités :
- l'admission à titre payant ; il appartient alors au patient ou à son garant de régler tous les mois, à la **direction spécialisée des finances publiques** ~~la trésorerie générale de~~ **pour** l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'intégralité des sommes facturées ;
 - l'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées ; en règle générale, cette admission est limitée dans le temps, les décisions de prise en charge étant périodiquement révisées. Le service social du groupe hospitalier doit veiller à leur renouvellement. Les frais d'entretien du linge personnel du patient sont compris dans le tarif « hébergement ».

45 – Article 210

Modification rédactionnelle.

L'article 210 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 210 Domicile

Sous réserve des nécessités de service, le patient a le droit de se dire chez lui dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégé contre toute atteinte à l'intimité de sa vie privée. Hors le cas de la mise sous tutelle, le patient hospitalisé **durablement** ~~à titre définitif~~ peut obtenir sa domiciliation au groupe hospitalier. Les patients séjournant à titre définitif au sein du groupe hospitalier sont tenus de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Une copie du contrat doit être remise au groupe hospitalier.

46 – Article 217

Introduction dans la loi de la notion d' « équipe de soins » et extension des notions de secret partagé et collectif.

Source : Article 96 LMSS - Article L.1110-4 CSP Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

L'article 217 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 217 Secret professionnel

Le secret professionnel **est un principe fondamental** institué dans l'intérêt des patients. Il s'impose à tous.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris. Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du groupe hospitalier.

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

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

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

~~Le secret est un principe fondamental.~~ Il ne peut y être dérogé **au secret professionnel** que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

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

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

• pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet (à Paris, le préfet de police) du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une. Les fonctionnaires en exercice au sein du groupe hospitalier et les médecins chefs de pôle en leur qualité d'autorité constituée sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de procédure pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informé le directeur du groupe hospitalier.

47 – Article 218 bis

Introduction d'un nouvel article 218 bis faisant mention de la charte du bon système d'information de l'annexe 16 du règlement intérieur.

Il est créé un article 218 bis comme suit :

Article 218 bis - Bon usage du système d'information

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

48 – Article 224

Précision rédactionnelle

L'article 224 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 224 - Interdiction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels du groupe hospitalier sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires sur les cumuls **d'activité**.

49 – Article 237

L'article 237 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Art. 237 Identification des personnels

Afin d'être facilement identifiables, les personnels ~~du groupe hospitalier~~ sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, ~~un leur carte professionnelle ou tout autre moyen d'identification~~ précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles visées à l'article 156, ~~aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.~~

50 – Article 243

Modification rédactionnelle

Art. 243 Adoption du règlement intérieur ~~type~~

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris arrête, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le directoire, le règlement intérieur ~~type~~ de l'établissement. Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives centrales de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris compétentes (commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement central, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central). La commission centrale et les commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont informées du règlement intérieur ~~type~~. ~~La décision portant adoption du règlement intérieur~~ Elle est exécutoire dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité.

51 – Annexe 1 et annexe 4

Le décret du 7 octobre 2016 vient modifier la composition de la CME : un représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique remplace le représentant des étudiants en maïeutique. Le décret du 11 mars 2016 prévoit que, concernant les compétences consultatives de la CME en matière d'organisation interne de l'établissement, la CME se prononce « notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ». Concernant le fonctionnement de la CME, il prévoit que pour l'accomplissement de ses missions, cette commission établit son règlement intérieur "dans le respect de ses compétences", c'est-à-dire sans pouvoir s'en attribuer qui ne soient pas prévues par voie réglementaire, et qu'elle y définit librement son organisation interne sous réserve de dispositions particulières.

Le décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 est venu modifier l'article R.6144-1 CSP qui fixe la liste des matières pour lesquelles la CME est consultée : Est supprimée de cette liste « les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement » et est ajoutée « *la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2* »

Il en résulte que la CME devra désormais être consultée sur la mise en œuvre des actions suivantes prévues au III de l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique :

« (...) III.-Les établissements de santé mettent également en œuvre les actions suivantes :

1° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° Ils peuvent être désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en cas de carence de l'offre de services de santé, constatée dans les conditions fixées au III de l'article L. 1434-10 ou, dans le cadre du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, pour développer des actions permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;

3° Ils développent, à la demande de l'agence régionale de santé et, pour les établissements de santé privés, après avis des commissions et conférences médicales d'établissement, des actions de coopération avec d'autres établissements de santé, établissements médico-sociaux et établissements sociaux ainsi qu'avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les maisons de santé ;

4° Ils informent l'agence régionale de santé de tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé et recherchent avec l'agence les évolutions et les coopérations possibles avec d'autres acteurs de santé pour répondre aux besoins de santé de la population couverts par ces activités ;

5° (...) (dispositions sur l'Outre mer) »

Sources : Décret n° 2016-1335 du 7 octobre 2016 relatif aux fonctions en milieux hospitalier et extrahospitalier des étudiants en maïeutique - Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé - Article R.6144-3-1 CSP - Article R6144-6 CSP - Décret n°2016-1645 du 1er décembre 2016 article R.6144-1 CSP

L'annexe 1 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifié comme suit :

Annexe 1 - Commission médicale d'établissement

Composition

Membres avec voix délibérative

La composition de la commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est fixée comme suit : (...)

- 4 représentants des étudiants hospitaliers, dont un représentant des étudiants hospitaliers en médecine, un représentant des étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant des étudiants hospitaliers en odontologie et un ~~représentant des étudiants en maïeutique~~ **représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique**

(...)

Modalités de désignation des membres

(...)

Un représentant des étudiants en maïeutique **un représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique** est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'AP-HP ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

Attributions

Attributions générales

Matières donnant lieu à consultation

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est consultée sur les matières suivantes :

- le projet d'établissement
- les conventions hospitalo-universitaires
- le compte financier et l'affectation des résultats
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
- les statuts des fondations hospitalières
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- le plan de redressement
- l'organisation interne de l'établissement. **A ce titre, la commission se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôle de l'établissement.**
- ~~les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement~~ **La mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2**

(...)

Fonctionnement

Le président de la commission veille à son bon fonctionnement. ~~Pour l'accomplissement de ses missions, la commission définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.~~

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent. (...)

Modalités de désignation des membres

(...)

Un représentant des étudiants en maïeutique **un représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique** est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'AP-HP ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

L'annexe 4 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifiée comme suit :

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 hospitaliers de l'AP-HP est fixée comme suit : (...)

- 4 représentants des étudiants hospitaliers dont un représentant des étudiants hospitaliers en médecine, un représentant des étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant des étudiants hospitaliers en odontologie et un ~~représentant des étudiants en maïeutique~~ **représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique**

52 - Annexe 7

Ajout de la prévention parmi les missions des CHSCT.

Sources : Article 37 LMSS - Article L. 4612-1 C. travail

L'annexe 7 du règlement intérieur de l'AP-HP est modifiée comme suit :

Annexe 7 - Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

7.1 Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail locaux

(...)

Dispositions communes aux CHSCT locaux

Compétences

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local a pour mission générale de contribuer à la **prévention**, la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents titulaires et non titulaires des sites, groupes hospitaliers et pôles d'intérêt commun concernés, des personnels hors cadres, et des personnels mis à la disposition par une entreprise extérieure, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité. (...)

53 - Annexe 16

La modification proposée de l'annexe 16 du règlement intérieur relative à la charte du bon usage du système d'information de l'AP-HP vise à introduire au sein de la Charte :

- le rôle du correspondant informatique et liberté de l'AP-HP (CIL) ;
- des dispositions relatives au télétravail ;
- des dispositions relatives à la sécurisation des communications chiffrées.

Voir document joint

54 – Annexe 17

Le décret du 11 mars 2016 prévoit que le règlement intérieur des établissements 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 départements, unités fonctionnelles et autres structures internes, notamment dans la recherche clinique et l'innovation ; l'enseignement, dans le cadre de la formation initiale et continue ; la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge ; l'organisation de la continuité et de la permanence des soins ; la coordination des parcours de soins, l'organisation et l'évaluation de la prise en charge médicale du patient ; la gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures ; les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes.

A ce stade il est proposé un premier volet concernant l'organisation des structures médicales. Lors d'une séance prochaine sera présenté un second volet relatif à la gestion des pôles, les nominations des responsables, leurs missions, la concertation interne au sein du pôle...

Sources : - Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé

Il est créé une annexe 17 nouvelle : voir document ci-joint.

55 – Modification rédactionnelle

Dans l'ensemble du présent règlement intérieur il est substitué au terme « règlement intérieur type » celui de « règlement intérieur ».