

LES GUIDES DE L'AP-HP

# Règlement intérieur

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-  
HÔPITAUX DE PARIS

# Règlement intérieur

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-  
HÔPITAUX DE PARIS

---

Au sein du présent règlement et de ses annexes, le mot "hôpital" doit être substitué à "groupe hospitalier", s'agissant des hôpitaux non intégrés à un groupe hospitalier.

Le règlement intérieur des groupes hospitaliers et des hôpitaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a été arrêté par le directeur général, après concertation avec le directoire, le 27 mars 2017.

---

2017, AP-HP,  
direction des affaires juridiques,  
direction de la communication

ISBN 978-2-9122-4888-6

# Sommaire

<b>1</b>	<b>Dispositions générales</b>	<b>5</b>
<b>SECTION 1</b>	L'Assistance publique-hôpitaux de Paris .....	<b>6</b>
<b>SECTION 2</b>	Direction et instances représentatives locales .....	<b>10</b>
<b>SECTION 3</b>	Organisation des soins .....	<b>11</b>
<b>SECTION 4</b>	Organisation hospitalo-universitaire .....	<b>21</b>
<b>SECTION 5</b>	Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) .....	<b>22</b>
<b>SECTION 6</b>	Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène .....	<b>22</b>
<b>2</b>	<b>Dispositions relatives aux consultations, à l'admission, au séjour et à la sortie du patient</b>	<b>34</b>
<b>SECTION 1</b>	Accueil, consultation et admission des patients .....	<b>35</b>
<b>SECTION 2</b>	Accueil et admission en urgence .....	<b>46</b>
<b>SECTION 3</b>	Dispositions particulières à certains patients .....	<b>49</b>
<b>SECTION 4</b>	Soins et information sur les soins .....	<b>63</b>
<b>SECTION 5</b>	Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalier .....	<b>81</b>
<b>SECTION 6</b>	Sortie des patients .....	<b>94</b>
<b>SECTION 7</b>	Frais de séjour .....	<b>97</b>
<b>SECTION 8</b>	Dispositions relatives aux naissances et aux décès .....	<b>99</b>

<b>3</b>	<b>Dispositions particulières aux unités de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées indépendantes (UHPAD)</b>	<b>101</b>
	<b>Préambule</b> .....	<b>109</b>
<b>SECTION 1</b>	Accueil et admission des patients .....	<b>111</b>
<b>SECTION 2</b>	Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD) .....	<b>113</b>
<b>4</b>	<b>Dispositions relatives au personnel</b>	<b>118</b>
<b>SECTION 1</b>	Principes fondamentaux liés au respect du patient .....	<b>119</b>
<b>SECTION 2</b>	Principes de la bonne conduite professionnelle .....	<b>120</b>
<b>SECTION 3</b>	Expression des personnels .....	<b>127</b>
<b>5</b>	<b>Dispositions finales</b>	<b>129</b>
<b>SECTION 1</b>	Procédure d'approbation du règlement intérieur .....	<b>130</b>
<b>SECTION 2</b>	Modification du règlement intérieur .....	<b>131</b>
<hr/>		
	<b>Annexes</b> .....	<b>133</b>
	<b>Références</b> .....	<b>279</b>

CHAPITRE 1

# Dispositions générales

SECTION 1	<b>6</b>
L'Assistance publique-hôpitaux de Paris	
SECTION 2	<b>10</b>
Direction et instances représentatives locales	
SECTION 3	<b>11</b>
Organisation des soins	
SECTION 4	<b>19</b>
Organisation hospitalo-universitaire	
SECTION 5	<b>21</b>
Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)	
SECTION 6	<b>22</b>
Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène	

## SECTION 1

# L'Assistance publique-hôpitaux de Paris

## **Art. 1** L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, établissement public de santé

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement public de santé de ressort régional, centre hospitalier régional et universitaire de la région Île-de-France. Elle est dans plusieurs domaines chargée de missions nationales et internationales.

Elle gère des groupes hospitaliers et des hôpitaux, ainsi que des services centraux et des services généraux, organisés sous forme de pôles d'intérêt commun.

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

## **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 directeur général adjoint qui le supplée en cas d'absence ou d'empêchement.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère et donne son avis sur les matières qui lui sont attribuées par la loi. Le nombre des séances du conseil de surveillance et les modalités de convocation de ses membres sont fixés par son règlement intérieur.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un établissement de santé dont l'organisation est déconcentrée. Le directeur général confie la responsabilité des différentes structures de l'établissement à des directeurs qui lui rendent compte de leur gestion.

Le directeur général, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Dans certaines matières, il exerce ses compétences après concertation avec le directoire. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice

au nom de l'établissement. Le directeur général exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art. Le directeur général peut désigner des directeurs exécutifs, membres de son comité de direction, chargés dans un cadre territorial de la coordination des groupes hospitaliers ainsi que des relations avec les universités. Il réunit au moins tous les deux mois, afin d'assurer la cohérence de l'action de l'établissement, l'ensemble des directeurs des groupes hospitaliers et des hôpitaux.

Le directeur général peut déléguer sa signature aux directeurs des pôles d'intérêt commun, des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il élabore, avec le directeur général, le projet médical de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et assure le suivi de sa mise en œuvre. Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il est chargé, conjointement avec le directeur général, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

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

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

La concertation préalable aux décisions du directeur général se déroule à l'initiative de ce dernier et selon des modalités qu'il définit. Le directoire se réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé.

### **Art. 3** Instances représentatives centrales

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée des instances représentatives centrales suivantes :

- une commission médicale d'établissement, qui représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques. Sa composition et ses missions sont définies à l'**annexe 1** du présent règlement. Cette commission peut déléguer une partie de ces attributions aux commissions médicales d'établissement locales ;

- une commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 5** du présent règlement et qui représente au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un comité technique d'établissement central dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 6** du présent règlement ;
- un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, dont la composition et les missions sont définies à l'**annexe 7** du présent règlement.

Pour l'accomplissement de leurs missions, ces instances définissent librement leur organisation interne dans leur propre règlement intérieur, dans le respect de la réglementation générale.

#### **Art. 4 Instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'instances compétentes, sous l'égide de la commission médicale d'établissement et de son président, vice-président du directoire, pour l'examen des questions relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ces instances coordonnées sous l'égide du président de la CME au sein de la Cellule « Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » (« C-QSS-CAPCU) sont les suivantes :

- le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;
- le comité central des vigilances et des risques associés aux soins (CVRIS) ;
- le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives. La composition et les missions de ces instances sont définies en **annexe 9** du présent règlement.

Ces instances conduisent leurs travaux en lien étroit avec la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est par ailleurs dotée d'une commission centrale de concertation avec les usagers (dont la composition et les missions sont définies en **annexe 8** du présent règlement), qui exerce ses missions en collaboration avec la commission médicale d'établissement sur les sujets relevant de sa compétence ainsi qu'avec les instances visées au présent article.

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

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris assure le service public hospitalier. Elle est au service de la population à laquelle elle assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic qui lui sont nécessaires. Elle concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé.

Elle garantit l'égal accès de tous aux soins et la continuité du service, elle veille à l'adaptation continue de ses moyens aux exigences de qualité de l'accueil et de sécurité des soins. Elle veille également, en toutes circonstances, à la promotion et à l'exercice concret des droits individuels et collectifs des personnes malades et des usagers du système de santé, tels qu'ils sont énoncés par la loi.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris accueille et admet en son sein toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite. Aucune discrimination ne peut être établie entre les malades en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; elle assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. Les personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa douleur, physique et psychologique, notamment en situation de fin de vie, ainsi que le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

La Charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux du groupe hospitalier de telle sorte qu'elle soit aisément connue des patients, de leurs proches et des personnels.

## SECTION 2

# Direction et instances représentatives locales

## Art. 6 Nomination et attributions du directeur

Le groupe hospitalier est dirigé par un directeur nommé par le directeur général.

Le directeur du groupe hospitalier assure la conduite du groupe hospitalier dont il est chargé sous l'autorité du directeur général.

À cet effet, il a autorité sur l'ensemble du personnel du groupe hospitalier dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art.

Le directeur du groupe hospitalier peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature aux personnels sur lesquels il exerce son autorité.

Le directeur établit le règlement intérieur du groupe hospitalier qu'il dirige, en conformité avec le présent règlement intérieur type de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

## Art. 7 Gardes de direction

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente sur place d'une autorité responsable, le directeur du groupe hospitalier organise avec les membres de son équipe de direction et, le cas échéant, d'autres cadres de direction et collaborateurs auxquels il a donné délégation de sa signature, un service de garde.

## Art. 8 Instances locales

Le groupe hospitalier comprend les instances représentatives locales suivantes :

- une commission de surveillance ;
- un comité exécutif ;
- une commission médicale d'établissement locale (les hôpitaux d'Hendaye, San Salvador et Paul-Doumer sont dotés d'un comité consultatif médical) ;
- une commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un comité technique d'établissement local ;
- un ou plusieurs comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail locaux.

Le groupe hospitalier comprend également des instances locales relatives aux relations avec les usagers, à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'à l'accueil et la prise en charge des malades, organisées dans les conditions prévues aux **annexes 8** et **9** du présent règlement intérieur type.

L'organisation de ces instances est définie sur la base d'un règlement intérieur type établi dans le respect de la réglementation générale.

### **Art. 9** Comité exécutif

Au sein du groupe hospitalier, un comité exécutif assiste le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalier ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de pôle. Les missions et la composition du comité exécutif sont définies à l'**annexe 3** du présent règlement intérieur.

## **SECTION 3**

# Organisation des soins

### **Art. 10** Organisation interne des groupes hospitaliers

Le groupe hospitalier est organisé en pôles hospitalo-universitaires (PHU) d'activités cliniques et médico-techniques. 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'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). Ces structures 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.

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.

## **Art. 11 Nomination et missions du chef de pôle**

Le chef de pôle est nommé 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.

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, 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. 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 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 informée.

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.

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 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.

## **Art. 12 Nominat**ion, missions et fin de fonction des responsables de structures internes des pôles

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.

### **Art. 13 Nomination et affectation des praticiens hospitaliers**

La nomination des praticiens hospitaliers (à temps plein, à temps partiel) au sein du groupe hospitalier est prononcée, sur proposition du directeur général, par arrêté du directeur général du Centre national de gestion. Leur affectation est prononcée par le directeur général sur un poste vacant du pôle d'activités, sur proposition du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalier et, s'il y a lieu, du responsable de la structure interne concernée.

### **Art. 14 Exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale**

En cas de vacance des fonctions de 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'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer

provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalier, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de 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'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale, après avis du chef de pôle, 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.

## **Art. 15 Fédérations - Départements hospitalo-universitaires**

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 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.

## **Art. 16** Dispositions spécifiques aux pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur

La gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien. Celui-ci est responsable du respect des dispositions réglementaires relatives à l'activité pharmaceutique. Il peut se faire aider de pharmaciens et de personnels spécialisés, placés sous son autorité technique.

La pharmacie à usage intérieur est chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques de l'établissement et notamment :

- d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique ainsi que des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux définis à l'article L. 5121-1-1 du même code, et d'en assurer la qualité ;
- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Elle répond en cas de nécessité aux besoins d'enseignement des centres et instituts de formation de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, à l'exclusion de tout usage sur les patients.

Le pharmacien gérant est responsable de l'assurance de qualité de la pharmacie à usage intérieur et veille à la sécurisation du circuit du médicament.

### **Art. 17 Continuité des soins et permanence pharmaceutique**

La permanence des soins a pour objet d'assurer pendant chaque nuit, le samedi après-midi et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des malades hospitalisés ou, le cas échéant, admis en urgence. Dans le cadre des dispositions réglementaires sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé, le directeur du groupe hospitalier arrête les tableaux mensuels nominatifs de participation au service de garde.

Ces tableaux prévisionnels sont transmis au directeur du groupe hospitalier, avant le 20 du mois précédant le mois concerné, par le chef de pôle.

L'organisation de la permanence pharmaceutique est décrite dans le contrat de pôle. Elle relève du pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur en accord avec le chef de pôle.

### **Art. 18 Visite médicale quotidienne**

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les unités d'hospitalisation. Elle est assurée par un praticien du pôle d'activités, dans des conditions arrêtées par le responsable de la structure interne au pôle d'activités.

### **Art. 19 Personnel médical, odontologique et pharmaceutique et continuité du service**

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical, odontologique et pharmaceutique du groupe hospitalier, dans toutes les disciplines, ainsi que les personnels accomplissant le 3<sup>e</sup> cycle de leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables (examens et soins des malades hospitalisés, services de soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et produits de compétence pharmaceutique tels que visés par l'article L. 4211-1 du Code de la santé publique) ;

- la participation à la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades et blessés en urgence prévu à l'**article 77** du présent règlement.

## **Art. 20** Internes

Les internes en médecine, en pharmacie ou en odontologie sont des praticiens en formation spécialisée.

Ils consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales, medico-techniques, biologiques ou pharmaceutiques et à leur formation. Ils exercent leurs fonctions par délégation et sous l'autorité du praticien agréé auprès duquel l'agence régionale de santé les a affectés. Ils participent à la permanence des soins.

Les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), chaque jour, aux heures de l'après-midi arrêtées par le responsable de la structure interne concernée du pôle d'activités.

Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien de la structure médicale où ils sont affectés. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif que sous la responsabilité du praticien responsable de la structure médicale concernée et à la condition qu'un praticien soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Lorsqu'ils sont affectés dans des structures d'activités médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques.

## **Art. 21** Étudiants hospitaliers

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation.

Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés à la permanence des soins.

Ils suivent les enseignements dispensés au sein du groupe hospitalier et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

## **Art. 22 Sages-femmes**

### *Le cas échéant*

Les sages-femmes sont responsables, au sein des services de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

## **Art. 23 Coordination des soins dispensés aux malades**

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, de leur devoir d'assistance aux patients et à leurs familles.

L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement. Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

## **Art. 24 Soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**

Dans chaque groupe hospitalier, la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est confiée à un directeur des soins coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, membre du comité exécutif et nommé par le directeur.

Ce directeur des soins coordonne l'organisation, la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation des pratiques professionnelles. Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il participe au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur du groupe hospitalier l'affectation de ces personnels au niveau des pôles. Les cadres supérieurs de santé assurent des missions d'organisation et de planification des soins et des activités médico-techniques.

Les cadres de santé paramédicaux assurent l'encadrement des équipes paramédicales. Ils contrôlent la qualité des soins, la prise en charge des patients et autres activités de l'équipe.

Les professionnels de santé infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ou équivalents exercent les actes professionnels relevant de leurs compétences, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture donnent des soins d'hygiène générale aux patients et aux personnes hébergées, à l'exclusion de tout soin médical. Ils collaborent aux soins infirmiers sous la responsabilité, suivant le cas, des infirmiers et des sages-femmes, dans la limite de la compétence qui leur est reconnue du fait de leur diplôme et de leur formation.

Les agents des services hospitaliers ont vocation à accomplir des tâches d'entretien et d'hygiène dans les locaux des soins. Ils participent aux tâches permettant d'assurer le confort des patients.

### **Art. 25 Étudiants des écoles paramédicales**

Les étudiants des écoles paramédicales participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des cadres paramédicaux et des professionnels maîtres de stage.

Ils sont soumis aux règles déontologiques des professions paramédicales lorsqu'ils exercent des fonctions hospitalières dans le cadre de leur formation.

Les étudiants en soins infirmiers contribuent, dans le cadre de leur stage, à la prise en charge des malades et à la réalisation des soins qui leur sont confiés, en fonction de leur niveau de formation et des objectifs de stage, et sous le contrôle d'un tuteur de stage.

Ils suivent des enseignements pratiques dispensés au sein du groupe hospitalier et des enseignements théoriques organisés par les écoles paramédicales. Ils doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

## **SECTION 4**

# **Organisation hospitalo-universitaire**

### **Art. 26 Organisation du centre hospitalier et universitaire**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est un centre de soins hospitalier et universitaire où dans le respect des malades sont organisés à la fois des enseignements publics

médical, pharmaceutique et odontologique, des enseignements postuniversitaires, des enseignements paramédicaux ainsi que des activités de recherche médicale, pharmaceutique et odontologique.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est liée à cet effet par des conventions spécifiques avec des unités de formation et de recherche universitaires. Elle organise conjointement avec ces unités les activités des groupes hospitaliers, qui sont aménagés dans cette perspective. Les législations et réglementations hospitalières et universitaires demeurent respectivement applicables aux structures de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ainsi qu'à celles des universités, chacune dans son domaine propre, sous réserve des dispositions propres au centre hospitalier et universitaire.

### **Art. 27 Comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'un comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique (CRMBSP), conformément à l'article L. 6142-13 du Code de la santé publique.

Ce comité est consulté notamment sur les conditions dans lesquelles l'Assistance publique-hôpitaux de Paris organise sa politique de recherche conjointement avec les universités et avec les établissements publics scientifiques et technologiques ou autres organismes de recherche.

### **Art. 28 Accès aux locaux hospitalo-universitaires**

*Les unités de formation et de recherche... de l'université...* et le groupe hospitalier délivrent des cartes professionnelles d'un modèle uniforme à tous les membres de leurs personnels respectifs. Ces cartes doivent être présentées en tant que de besoin à l'entrée des structures médicales et à toutes réquisitions d'un agent habilité.

L'accès des salles et des locaux hospitaliers est formellement interdit aux étudiants en dehors des heures où ils y sont appelés pour les besoins de l'enseignement. Cette interdiction s'applique au personnel non enseignant (*de ou des unité(s) de formation et de recherche...*) en dehors de ses heures de service, sauf autorisation spéciale du directeur du groupe hospitalier.

De même, l'accès des locaux universitaires est interdit aux agents hospitaliers, à l'exception du personnel de direction et de tous autres agents qui pourraient y être spécialement appelés pour les besoins du service ou chargés de la surveillance ou des travaux de nettoyage et d'entretien et ce pendant les heures de travail.

## **Art. 29** Tranquillité et respect dû aux malades, confidentialité des informations

L'exercice de l'activité universitaire, tant par le fait des personnels qui y concourent que par celui de ses installations et matériels, ne doit pas troubler le repos des malades.

Les étudiants et les membres du personnel universitaire et des organismes de recherche doivent en toutes circonstances observer la plus grande correction à l'égard des malades, ainsi qu'une discrétion absolue. Le personnel enseignant est responsable de la bonne tenue des cours, leçons et visites ainsi que de la police des salles et des amphithéâtres où se déroule leur enseignement, à l'égard des étudiants et autres élèves. Les personnels du groupe hospitalier et ceux des unités de formation et de recherche, les étudiants ainsi que tous les intervenants pénétrant dans les locaux hospitalo-universitaires qui ont reçu communication d'informations, de documents ou d'autres éléments, qu'ils concernent ou non, directement ou indirectement les malades, sont tenus d'en assurer la confidentialité. Ces informations, documents et autres éléments ne peuvent, sans autorisation, être communiqués à d'autres personnes que celles qui ont qualité pour en connaître ou être exploités par les personnes qui en ont pris connaissance.

## **Art. 30** Accès des étudiants

Les étudiants autorisés dans le cadre des conventions hospitalo-universitaires à fréquenter les structures médicales du centre hospitalier et universitaire pour y recevoir un enseignement sont :

- les étudiants en médecine de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles, ainsi, le cas échéant, que les étudiants de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> cycles d'odontologie et de pharmacie, les étudiants des diverses formations en santé de l'unité de formation et de recherche de médecine, les étudiants en biologie de l'unité de formation et de recherche de l'université... Ils sont tenus de porter sur eux une carte d'inscription à leur nom valide pour l'année universitaire en cours et de la présenter à toute invitation de l'autorité universitaire ou de la direction du groupe hospitalier ;
- les internes et étudiants de 3<sup>e</sup> cycle. Il leur est délivré par les unités de formation et de recherche une carte individuelle valide pour l'année universitaire en cours, distincte de la carte d'étudiant. Ils sont tenus de la porter sur eux et de la présenter sur invitation de l'administration hospitalière.

## SECTION 5

# Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS)

## Art. 31 Missions de l'AGEPS

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris comprend un service général, l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), prestataire de service de ses groupes hospitaliers pour les équipements et produits de santé.

Ce service général dispose pour les activités qui en relèvent du statut de pharmacie à usage intérieur, prévu par l'article R. 5126-5 du Code de la santé publique.

Il participe à la mise en œuvre d'essais cliniques dont l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est promoteur.

Il dispose également, pour les activités qui en relèvent, du statut d'établissement pharmaceutique prévu par l'article R. 5124-68 du Code de la santé publique.

Il comprend un comité consultatif médical, dont la composition et les attributions sont prévues en **annexe 4**, ainsi qu'un comité technique d'établissement local et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local.

L'école de chirurgie lui est rattachée.

## SECTION 6

# Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

## 6.1 Nature et opposabilité des règles de sécurité

## **Art. 32** Nature des règles de sécurité

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.

## **Art. 33** Opposabilité des règles de sécurité

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

Quelle que soit la raison de sa présence au sein du groupe hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions du directeur ou de ses représentants.

Dans la mesure où les conventions qui lient le groupe hospitalier à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du groupe hospitalier leur sont opposables. Le présent règlement intérieur est porté à cet effet à leur connaissance. Lesdits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur du groupe hospitalier les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

## **6.2 La sécurité générale**

## **Art. 34** Accès au groupe 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 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.

## **Art. 35** Calme et tranquillité au sein du groupe hospitalier

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein du groupe hospitalier, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter le groupe hospitalier. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du groupe hospitalier.

## **Art. 36** Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 modifiée et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les unités de soins qu'à la demande du directeur du groupe hospitalier ou des personnels responsables de ces unités.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties du groupe hospitalier, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit.

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

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à l'**article 42** du présent règlement, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

## **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.

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.

### **Art. 38 Atteintes au bon fonctionnement du groupe hospitalier**

La mise en œuvre par le groupe hospitalier de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte du groupe hospitalier engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

### **Art. 39 Sécurité et protection des personnels**

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

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris assure en cas de menaces, de violences, de voies de fait, d'injures, de diffamations ou d'outrages la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur ou son représentant porte plainte pour les dommages subis par le groupe hospitalier.

### **Art. 40 Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

## **Art. 41** Rapports avec les autorités de police

Seul le directeur du groupe hospitalier a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du groupe hospitalier une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur du groupe hospitalier doit être systématiquement informé par les autorités de police des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il doit également être tenu informé par les services médicaux, sans délai, de toute demande adressée à ces services par les autorités de police concernant une enquête pénale (saisie du dossier médical, demande d'audition de patient...). Il veille à ce que soient pris en considération les impératifs tirés de l'application de la loi pénale et les garanties légales ou réglementaires édictées dans l'intérêt du patient, notamment la préservation du secret médical.

## **Art. 42** Circonstances exceptionnelles

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

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, des armoires individuelles, des véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation.

Il peut, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès du groupe hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées. Sont notamment concernées l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, des véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du groupe hospitalier.

En cas de péril grave et imminent pour le groupe hospitalier, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le directeur peut en outre et même à défaut de consentement des intéressés faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du groupe hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

## 6.3 La sécurité du fonctionnement

### Art. 43 Recherche de la maîtrise des risques

Le directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des patients et des personnels fréquentant le groupe hospitalier.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du groupe hospitalier, le directeur définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des responsables des structures médicales et des instances concernés. Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt. Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au directeur ou à son représentant, qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local.

Conformément à la réglementation, le service de santé au travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

### Art. 44 Astreinte technique

Le directeur du groupe hospitalier organise une astreinte technique afin de faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement du groupe hospitalier.

Il désigne les agents des services techniques du groupe hospitalier qui participent à cette astreinte, distincte du service de garde de direction prévu à l'**article 7** du présent règlement.

## **Art. 45** Registre de sécurité anti-incendie

Le groupe hospitalier est assujéti aux règles de sécurité anti-incendie applicables à tous les établissements ouverts au public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs...) doivent, en outre, être conformes aux dispositions du Code de l'environnement et de celles relatives aux immeubles de grande hauteur et aux habitations. Le groupe hospitalier doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, notamment des incendies. Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé du service de lutte anti-incendie, les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- l'état et la situation des moyens de secours ;
- les dates des divers contrôles et vérifications, ainsi que les observations auxquelles ceux-ci ont donné lieu dans les différents domaines techniques ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur le matériel de prévention (portes, clapets coupe-feu...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux liées au schéma directeur réalisées au sein du groupe hospitalier ;
- tous les faits marquants relatifs à l'incendie : formation des personnels, changement d'affectation des locaux, sinistres...

Ces renseignements sont présentés à la commission de sécurité incendie à l'occasion de ses passages au sein du groupe hospitalier.

## **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.

## 6.4 La circulation et le stationnement automobiles

### Art. 47 Voirie hospitalière

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

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

En cas de vol, de dommage, d'accident, les règles et procédures générales de responsabilité et d'indemnisation s'appliquent au sein du groupe hospitalier, dans les conditions de l'**article 49** du présent règlement.

### Art. 48 Règles de compétence

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives locales du groupe hospitalier. Dans ce cadre et sous réserve de l'application du Code de la route dans celles de ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le directeur réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le directeur peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions, les caravanes).

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement et limiter l'accès au nombre de véhicules correspondant au nombre de places de stationnement libres.

### **Art. 49** Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application de l'**article 48** doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute du groupe hospitalier, elles ne sauraient donc engager la responsabilité du groupe hospitalier, notamment en cas de vols ou de dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut – s'il compromet le fonctionnement de l'établissement – entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière dans les conditions prévues par le Code de la route.

### **Art. 50** Accès des véhicules des étudiants et des personnels universitaires

Les étudiants et les membres du personnel universitaire n'ont accès qu'aux voies et aux cours du groupe hospitalier qu'ils doivent emprunter pour se rendre dans les locaux affectés à l'enseignement ou à leurs dépendances.

Dans toute la mesure du possible, les étudiants et les membres du personnel universitaire doivent s'abstenir d'y circuler ou d'y stationner sans nécessité.

Les véhicules utilisés tant par les étudiants que par les membres du personnel universitaire doivent être stationnés en dehors de l'enceinte du groupe hospitalier, sauf s'il existe des emplacements prévus à cet effet et sur autorisation expresse du directeur du groupe hospitalier ou du directeur (de l'unité de formation et de recherche...).

# Dispositions relatives aux consultations, à l'admission, au séjour et à la sortie du patient

SECTION 1	<b>32</b>
Accueil, consultation et admission des patients	
SECTION 2	<b>42</b>
Accueil et admission en urgence	
SECTION 3	<b>45</b>
Dispositions particulières à certains patients	
SECTION 4	<b>58</b>
Soins et information sur les soins	
SECTION 5	<b>76</b>
Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalier	
SECTION 6	<b>87</b>
Sortie des patients	
SECTION 7	<b>90</b>
Frais de séjour	
SECTION 8	<b>92</b>
Dispositions relatives aux naissances et aux décès	

## SECTION 1

# Accueil, consultation et admission des patients

## Art. 51 Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont le patient relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits et en personnel du groupe 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.

## Art. 52 Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent au groupe hospitalier.

*Dans les hôpitaux de soins de courte durée :*

Le groupe hospitalier a mis en place en conséquence une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

## 1.1 Accueil et admission

### Art. 53 L'accueil des patients

Le groupe hospitalier a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel.

Une signalétique adaptée précise à l'accueil du groupe hospitalier la localisation de ses différents services et consultations externes.

Le personnel du groupe hospitalier est formé à l'accueil des patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits.

Le patient est invité lors de son accueil à désigner une personne à prévenir et s'il le souhaite une personne de confiance.

## **Art. 54 Livret d'accueil et questionnaire de sortie**

Il est remis à tout patient admis en hospitalisation au sein du groupe hospitalier un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation du groupe hospitalier ou de l'hôpital, ainsi que les droits et devoirs des patients. La Charte de la personne hospitalisée est jointe à ce livret. Le patient reçoit un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

Ce livret mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers au sein du groupe hospitalier.

Les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée y sont inclus.

Chaque patient reçoit par ailleurs un questionnaire sur lequel il peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions, et qu'il peut déposer à sa sortie.

## **Art. 55 Compétence du directeur du groupe hospitalier en matière d'admission**

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne du groupe hospitalier.

## **Art. 56** Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient et sous réserve des dispositions des **articles 52, 96 et 109**, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des admissions :

- sa carte Vitale ou son attestation de carte Vitale, permettant de justifier l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- un titre d'identité comportant sa photographie (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour, passeport...) ;
- le cas échéant, un document attestant qu'un organisme tiers payeur (mutuelle, collectivité publique, organisme étranger) assure la prise en charge du ticket modérateur ;
- le cas échéant, un document attestant que le patient est bénéficiaire de l'aide médicale d'État.

Si le patient ne peut présenter sa carte Vitale ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'**article 52**, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

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

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'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.

## **Art. 58 Admission programmée**

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au patient, après avis du responsable de la structure médicale concernée.

Afin d'organiser sa pré-admission, le patient est invité à se rendre au bureau des admissions du groupe hospitalier où lui sera remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces qui lui seront nécessaires le jour de son admission.

## **Art. 59** Admission directe

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers une structure médicale en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

## **Art. 60** Transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne du groupe 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.

## **1.2 Consultations**

### **Art. 61** Consultations externes

Des consultations médicales sont organisées au sein du groupe hospitalier pour les patients externes.

La liste, la localisation et les horaires de ces consultations sont accessibles au public sur le site internet de l'AP-HP.

Le directeur du groupe hospitalier établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôle d'activités concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein du groupe hospitalier veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

## **Art. 62 Tarifs des consultations externes**

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année. Ils sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la Sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie sur présentation de la carte Vitale ou de l'attestation de la carte Vitale. Cette procédure les dispense de faire l'avance des frais. En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme tiers ayant conclu une convention de tiers payant avec l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, ils doivent payer le ticket modérateur et les autres sommes restant éventuellement à leur charge.

Les personnes dépourvues de ressources suffisantes sont orientées vers la permanence d'accès aux soins de santé visée à l'article 52, ou vers le service social hospitalier, qui les assisteront si nécessaire pour accéder à la consultation.

## **Art. 63 Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)**

### *Le cas échéant*

Afin d'assurer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, leurs traitements préventifs ainsi que l'accompagnement des patients dans la recherche de soins appropriés un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic habilité par le directeur général de l'agence régionale de santé, propose notamment, au sein du groupe 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.

Toutes les prestations dispensées par le centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic sont gratuites.

## **Art. 65** Protection maternelle et infantile

### *Le cas échéant*

Le groupe hospitalier gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile.

Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes (le cas échéant : ainsi que des consultations gratuites de dépistage du VIH) ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département.

## **Art. 66** Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

### *Le cas échéant*

Afin d'assurer des actions de prévention et de soins aux toxicomanes, un centre de soins aux toxicomanes est géré par le groupe hospitalier, sur le fondement d'une convention conclue par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris avec l'État.

Aucun paiement n'est demandé aux personnes prises en charge par ce centre de soins.

## **Art. 67** Centre antipoison

### *Le cas échéant*

Le groupe hospitalier comporte une unité chargée de donner avis et conseils spécialisés en matière de diagnostic, de pronostic, de traitement (toxicologie clinique) et éventuellement de prévention des intoxications humaines. Cette unité est dénommée centre antipoison. Elle participe à l'aide médicale urgente et fonctionne 24 heures sur 24.

## **Art. 68 Consultation hospitalière de tabacologie**

### *Le cas échéant*

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et de développer une politique de prévention du tabagisme, une consultation hospitalière de tabacologie est implantée au sein du groupe hospitalier.

## **Art. 69 Consultation d'alcoologie**

### *Le cas échéant*

Afin de favoriser l'accueil et la prise en charge de personnes dépendantes de l'alcool, une consultation hospitalière d'alcoologie est implantée au sein du groupe hospitalier.

## **Art. 70 Consultation de dépistage du cancer du sein**

### *Le cas échéant*

Le groupe hospitalier participe au programme national de dépistage de cancer du sein. Toute femme âgée entre 50 et 74 ans qui n'a pas été examinée par mammographie depuis deux ans ou qui a reçu une invitation de son centre de Sécurité sociale prescrivant cet acte peut bénéficier d'un dépistage gratuit.

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

### **Art. 71 Structures de soins alternatives à l'hospitalisation**

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires et les structures dites d'hospitalisation à domicile.

Les prestations dispensées par ces structures se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. Elles doivent être adaptées aux besoins des patients et ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. .

## **Art. 72** Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale. Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

## **Art. 73** Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires

Ces structures permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Elles sont organisées dans les mêmes conditions que celles prévues au dernier alinéa de l'article 72.

## **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.

## 1.4 Activité libérale des médecins du groupe hospitalier

### 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 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.

### Art. 76 Service public hospitalier et activité libérale

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

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir au préalable du praticien concerné, les indications sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment quant à la tarification et aux conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant. Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein du groupe hospitalier, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il l'a été préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de la structure médicale concernée, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit verser en sus au médecin des honoraires. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

Une commission locale de l'activité libérale est chargée au sein du groupe hospitalier de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne. Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens ou en être saisie par le directeur de l'agence régionale de santé, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, le président du conseil de surveillance, le président de la commission médicale locale du groupe hospitalier et le directeur du groupe hospitalier ainsi que par tout praticien exerçant une activité libérale et désireux de lui soumettre une question relative à l'exercice de sa propre activité libérale.

## **Art. 76bis Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques**

Les informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein des groupes hospitaliers sont accessibles au public sur le site internet de l'AP-HP.

## SECTION 2

# Accueil et admission en urgence

### **Art. 77** Plan blanc

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'un dispositif de crise dénommé « plan blanc d'établissement », qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

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

Le plan blanc d'établissement est évalué et révisé chaque année. Dans le cadre d'un dispositif de niveau départemental, dénommé « plan blanc élargi », si l'afflux de patients ou de victimes ou la situation sanitaire le justifie, le préfet de département peut procéder aux réquisitions nécessaires de tous biens et services, et notamment requérir le service de tout professionnel de santé et de tout établissement ou établissement de santé ou établissement médico-social.

Le plan blanc élargi est préparé, au niveau de chaque département, par la délégation territoriale de l'agence régionale de santé. Il est arrêté par l'autorité préfectorale compétente, après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il est révisé chaque année.

### **Art. 78** Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate du groupe hospitalier

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate du groupe hospitalier, les personnels du groupe hospitalier, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux patients ou aux blessés en péril sur la voie publique.

En règle générale, dès que l'urgence est signalée, deux types de mesures doivent simultanément être mises en œuvre :

- l'alerte des services chargés de l'aide médicale urgente (SAMU, SMUR ou centre de secours) ;

- l'envoi sur les lieux d'une équipe chargée de donner les premiers soins, d'apprécier la gravité de la situation, de prendre toutes les mesures de protection nécessaires avant l'arrivée des services compétents et de transmettre à ces derniers le bilan et les besoins constatés.

En période hivernale, l'organisation de rondes régulières au sein et aux abords immédiats du groupe hospitalier est préconisée aux fins de repérages et de prise en charge des personnes sans-abri en difficulté.

## **Art. 79** Accueil et admission en urgence

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient réclame des soins urgents et sans préjudice des dispositions de l'article 60, pour que les soins urgents soient assurés au sein du groupe hospitalier, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil et de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement. Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement sous X, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Lorsqu'un patient dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état refuse de quitter le groupe hospitalier, il peut être, selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie du groupe hospitalier, soit adressé à un organisme à caractère social.

Une fiche est établie par la structure des urgences et transmise au directeur du groupe hospitalier pour signaler chaque dysfonctionnement constaté dans l'organisation de la prise en charge ou dans l'orientation des patients. Le groupe hospitalier procède régulièrement à leur analyse et à leur évaluation.

## **Art. 80** Information des familles des patients hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients hospitalisés en urgence soit prévenue par le groupe hospitalier. Que le patient ait été conduit au sein du groupe hospitalier par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du service des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles.

Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions de **l'article 121**.

En cas de transfert dans un autre groupe hospitalier ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels. En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions des **articles 183** et **184**.

## **Art. 81** Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé en urgence, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans l'unité de soins d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis est signé sans délai par un agent du groupe hospitalier habilité à le faire et par un accompagnant ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient. Conformément aux dispositions de **l'article 148**, les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans les conditions fixées par le Code de la santé publique.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Il lui est également remis une note d'information ayant pour objet :

- de lui donner connaissance des dispositions du Code de la santé publique au régime des objets déposés ;
- de l'informer de la liste des objets qu'il est autorisé à conserver par-devers lui, sous la responsabilité du groupe hospitalier, à raison de leur faible valeur et de leur utilité pendant le séjour hospitalier ;
- de l'informer des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile. Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à **l'article 148**.

## **Art. 82** Patients amenés par la police

Lorsqu'un patient est amené par les autorités de police et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au groupe hospitalier de faire connaître auxdites autorités que le patient est admis et de prévenir la famille, sauf avis contraire de ces autorités, conformément aux dispositions de **l'article 80**.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le groupe hospitalier est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en la forme légale. Dans ce cas, un certificat médical constatant l'état du patient ainsi que l'admission, la non-admission ou le refus, par la personne concernée, de son hospitalisation est délivré par le médecin de garde aux policiers et aux gendarmes.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au groupe hospitalier, en dehors de toute réquisition, une personne en état apparent d'ivresse, cette dernière doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état. En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée au groupe hospitalier. Une attestation signée du médecin ayant examiné la personne et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services. Si l'intéressé refuse les soins réclamés par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à **l'article 131** et le directeur doit, au cas où la personne, alcoolique, est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

### **SECTION 3**

## **Dispositions particulières à certains patients**

### **3.1 Dispositions relatives aux mineurs**

#### **Art. 83** Garde et protection des mineurs

Le groupe hospitalier, lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, est investi à son égard d'un devoir de garde et de surveillance adapté à son état de mineur. À ce titre, il est tenu de prendre en charge les besoins du mineur, notamment au plan psychologique, et de provoquer les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

## **Art. 84** Scolarisation

Les mineurs en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté, lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent. En outre, le groupe hospitalier s'efforce de favoriser la scolarité des mineurs, notamment en collaboration avec les associations et organismes spécialisés.

## **Art. 85** Consultations pour les mineurs non accompagnés

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

## **Art. 86** Admission des mineurs

### *Groupes hospitaliers à composante pédiatrique*

Le groupe hospitalier est habilité à recevoir des enfants de moins de 16 ans dans sa structure d'urgence pédiatrique. Si un malade ou un blessé d'un âge plus avancé se présente en urgence dans cette structure, les premiers soins lui sont prodigués avant qu'il soit dirigé, s'il est transportable, vers une structure d'urgence adulte en mesure de le prendre en charge. Des dérogations peuvent être toutefois autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant la dispensation de soins dans la structure d'urgence pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus.

### *Autres groupes hospitaliers*

Les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les unités d'adultes dès lors qu'il existe une unité pédiatrique susceptible de les accueillir. Des dérogations peuvent être autorisées par le directeur, après avis des responsables des structures médicales concernées, permettant soit la dispensation de soins dans une unité d'adultes à des mineurs âgés de moins de 16 ans, soit la dispensation de soins dans une unité pédiatrique à des mineurs âgés de 16 ans et plus. Sauf circonstances particulières, un mineur ne peut pas partager sa chambre avec un adulte.

Le dossier d'admission d'un mineur doit comporter l'indication des personnes titulaires de l'autorité parentale. Dans tous les cas, ces personnes doivent être tenues informées de l'admission dans les meilleurs délais.

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seules les personnes exerçant l'autorité parentale peuvent signer un refus d'admission.

La procédure est alors régie par les principes énoncés à l'**article 132** du présent règlement.

## **Art. 87 Mineurs présentés en urgence**

Toutes mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par le groupe hospitalier, conformément à l'**article 80** du présent règlement. Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, le mineur ne peut quitter le groupe hospitalier que selon la procédure prévue à l'**article 90** du présent règlement.

*Groupe hospitalier ne comportant ni structure pédiatrique, ni service spécialisé mixte adultes-enfants*  
Les mineurs présentés en urgence reçoivent les premiers soins nécessaires et sont ensuite dirigés vers un hôpital d'enfants, s'ils sont transportables.

## **Art. 88 Hospitalisation des mineurs**

*Le cas échéant*

Le directeur organise, avec l'accord des médecins responsables des structures médicales concernées, les modalités d'accompagnement des mineurs par leurs parents au cours de leur hospitalisation.

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe du mineur doivent pouvoir demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, dès lors que leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès du mineur pendant son hospitalisation, les parents ou toute personne expressément autorisée doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié pour y procéder et, lorsque cet état le permet, doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

## **Art. 89 Admission des mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance**

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à sa demande, sauf si le mineur lui a été confié par son père, sa mère ou son tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur du groupe hospitalier adresse sous pli cacheté, dans les 48 heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de la structure médicale concernée indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

## **Art. 90**      **Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation**

Des autorisations de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, conformément aux dispositions de l'**article 150** du présent règlement. Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, leur mère ou leur tuteur. La personne titulaire de l'autorité parentale doit préciser à la direction du groupe hospitalier si le mineur peut quitter seul le groupe hospitalier ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité.

## **Art. 91**      **Information des mineurs et consentement aux soins**

Les droits des mineurs en matière d'information et de consentement aux soins sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale.

Ceux-ci reçoivent l'information conformément aux dispositions des **articles 114 et 129**, sous réserve des dispositions des **articles 92 et 94** du présent règlement sur le droit à la confidentialité des soins.

Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant de manière adaptée à leur degré de maturité.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

## **Art. 92**      **Soins confidentiels à la demande des mineurs**

Par dérogation aux dispositions relatives à l'autorité parentale, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure,

dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. Ces dispositions s'appliquent à l'infirmier lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'un patient mineur.

### **Art. 93 Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation**

La personne titulaire de l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser à la direction du groupe hospitalier si le mineur peut quitter seul le groupe hospitalier ou s'il doit être confié à ce dernier ou à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne titulaire de l'autorité parentale ou du tiers que celle-ci a autorisé, des justifications sont exigées en tant que de besoin (pièce d'identité, extrait de jugement). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

### **Art. 94 Mineurs en situation de rupture familiale**

Les mineurs dont les liens de famille sont rompus peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande et sur décision de l'autorité administrative de la couverture maladie universelle (CMU). Dans ce cas, leur seul consentement est requis pour les décisions médicales les concernant.

## **3.2 Dispositions relatives aux femmes enceintes**

## **Art. 95 Admission en maternité**

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du groupe hospitalier, le directeur organise cette admission dans un autre établissement de santé assurant le service public hospitalier et pourvu d'un service de maternité.

## **Art. 96 Secret de la grossesse ou de la naissance**

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission et de son identité dans les conditions prévues par le Code civil, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête.

Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les femmes désirant accoucher dans le secret sont informées des conséquences juridiques de cette demande et de l'importance pour toute personne de connaître ses origines et son histoire, des modalités de la levée du secret de leur identité et de la possibilité qu'elles ont à tout moment de donner leur identité sous pli fermé ou de compléter les renseignements qu'elles ont donnés au moment de la naissance.

Ces informations font l'objet d'un document écrit établi par le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles. Il doit être remis à la femme lors de l'accouchement ou lors de son séjour dans l'établissement. Ces formalités sont accomplies par les correspondants du Conseil national pour l'accès aux origines personnelles au niveau du département, sous la responsabilité du directeur de l'établissement. À défaut, elles seront accomplies sous la responsabilité de ce directeur : le groupe hospitalier sera dans ce cas tenu d'informer la patiente des conséquences juridiques relatives à un accouchement sous couvert de l'anonymat.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département où se trouve le groupe hospitalier. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de trois jours fixé par le Code civil.

## **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.

## **3.3 Dispositions relatives aux militaires et aux victimes de guerre**

### **Art. 98** Admission des militaires

Les militaires, malades ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du groupe hospitalier, sauf en cas d'urgence ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires. L'admission est prononcée sans formalité particulière.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est transféré vers l'hôpital militaire le plus proche.

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

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

## **3.4 Dispositions relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux et aux majeurs protégés**

### **Art. 100 Admission des personnes atteintes de troubles mentaux**

L'admission des personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont selon le cas :

- les soins psychiatriques libres ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Les soins psychiatriques libres des personnes atteintes de troubles mentaux, définie par le critère du consentement du patient aux soins sont la règle et les soins psychiatriques sous contrainte l'exception. Les patients en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment du droit d'aller et venir librement à l'intérieur de la structure médicale où ils sont admis et au sein du groupe hospitalier. Dans le cas où le fonctionnement du service justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte (admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'État) ne peuvent être accueillis qu'au sein des structures médicales spécialement habilitées à cet effet.

Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement.

Dès leur admission, les patients sont informés le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte et, le cas échéant de chaque décision prononçant le maintien des soins. Ils sont également informés de leur situation juridique et de leurs droits, des voies de recours qui leur sont ouvertes et des garanties qui leur sont offertes.

En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée en raison de ses troubles mentaux doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

#### *Le cas échéant*

Un accueil familial thérapeutique est organisé, sous la responsabilité du groupe hospitalier, pour permettre le placement des personnes atteintes de troubles mentaux dans des familles d'accueil. Ce placement est effectué conformément aux dispositions du Code de l'action sociale et des familles.

## **Art. 101 Information et consentement des majeurs sous tutelle**

Les droits des majeurs sous tutelle en matière d'information sont exercés par le tuteur. Celui-ci reçoit l'information conformément aux dispositions des **articles 114 et 129** du présent règlement.

Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant d'une manière adaptée à leur faculté de discernement. Le consentement des majeurs sous tutelle doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision.

## **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 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.

### **3.5 Dispositions relatives aux patients gardés à vue et détenus**

#### **Art. 103 Audition par les autorités de police**

Suivant le cadre procédural de l'enquête pénale (enquête préliminaire, de flagrance ou sur commission rogatoire d'un juge d'instruction), le patient doit être entendu par les autorités de police avec ou sans son consentement.

En toute hypothèse, l'audition doit être compatible avec l'état de santé du patient.

L'avis, favorable ou défavorable, donné par le praticien ayant en charge le patient doit prendre la forme d'un écrit.

Cet avis est immédiatement transmis au directeur du groupe hospitalier.

#### **Art. 104 Admission des personnes gardées à vue**

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun.

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du procureur de la République ou du juge d'instruction.

#### **Art. 105 Admission des détenus**

##### *Le cas échéant*

L'admission des détenus malades ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun. Ces malades ou blessés sont hospitalisés au sein du groupe hospitalier, dans des locaux spécialement aménagés à cet effet.

Toutefois, ceci ne fait pas obstacle à ce que le groupe hospitalier puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés. Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du groupe hospitalier.

### **Art. 106 Soins dispensés en milieu pénitentiaire**

#### *Le cas échéant*

Le groupe hospitalier assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié par convention. Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions sont assurés par l'administration pénitentiaire. Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

### **Art. 107 Secteur d'admission des détenus**

Par dérogation et sur décision expresse du ministre de la Justice, les patients détenus peuvent être traités dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein.

### **Art. 108 Surveillance des détenus**

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de la police, de l'autorité militaire ou de l'administration pénitentiaire.

En aucun cas, le service de sécurité intérieure du groupe hospitalier ne doit être amené à y participer.

Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

## **3.6 Autres cas particuliers d'admission**

## **Art. 109 Admission des patients toxicomanes en vue d'une cure de désintoxication**

Les patients toxicomanes peuvent :

- soit se présenter spontanément pour suivre une cure de désintoxication ;
- soit être astreints à une cure de désintoxication par les autorités sanitaires ou judiciaires.

Dans ce cas, l'admission et le traitement des intéressés sont organisés selon les modalités prévues par le Code de la santé publique.

Les toxicomanes qui se présentent spontanément au sein du groupe hospitalier afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traités un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. En cas d'interruption de la cure de désintoxication prescrite par l'autorité sanitaire, le groupe hospitalier en informe immédiatement cette autorité, qui prévient le procureur de la République.

Dans le cas d'une cure de désintoxication prescrite par l'autorité judiciaire, le médecin responsable informe celle-ci de son déroulement et de ses résultats.

L'État prend en charge les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par la cure de désintoxication. Cette cure doit obligatoirement se dérouler au sein d'un service agréé du groupe hospitalier.

### *Le cas échéant*

Les patients toxicomanes sont accueillis au sein du groupe hospitalier dans des unités dites de sevrage, spécialement aménagées à cet effet. L'admission donne lieu à un protocole de sevrage entre le médecin responsable et le patient.

## **Art. 110 Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires**

Des patients non résidents en France peuvent être admis au sein du groupe hospitalier dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale d'État.

## **Art. 111 Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance**

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

- faire examiner les enfants par un médecin ;
- préparer un dossier d'admission pour le service d'aide sociale à l'enfance ;
- faire accompagner les enfants au centre départemental d'aide sociale à l'enfance.

## **Art. 112 Admission des agents de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris**

L'hospitalisation au sein d'un groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris d'un fonctionnaire hospitalier en activité ou d'un praticien hospitalier à temps plein en activité, titulaire ou stagiaire à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, donne lieu à la prise en charge par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris de frais d'hospitalisation non couverts par la Sécurité sociale, à savoir le ticket modérateur et le forfait journalier. En cas d'hospitalisation dans un établissement public de santé autre que l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les frais relatifs à celle-ci ne sont pris en charge que dans des cas exceptionnels et sur autorisation du directeur du site d'affectation de l'agent titulaire ou stagiaire.

## **Art. 113 Admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation**

L'admission au sein d'une unité de soins de suite ou de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.  **Pages 48 – 53 – 107**

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

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

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

- l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de Sécurité sociale dont dépend le patient ;
- l'admission à la suite d'un transfert : tout patient hospitalisé dans un établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné, mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du praticien responsable de la structure médicale où il est traité. Ce transfert doit donner lieu, dans un délai de 48 heures, à une information du service de contrôle médical de la caisse de Sécurité sociale dont relève le patient.

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaissent nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite, dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée doit être effectué, dans les conditions prévues à l'**article 197**.

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

## SECTION 4

# Soins et information sur les soins

## 4.1 Accueil et admission

### Art. 114 Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein du groupe hospitalier doivent être informées du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Le groupe hospitalier recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auxquels il souhaite que soient adressées les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et celles utiles à la continuité de ses soins après sa sortie.

### Art. 115 Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé, conformément aux dispositions de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Ce dossier comprend le cas échéant les informations recueillies lors des consultations externes ou de l'accueil aux urgences. Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés

au sein du groupe hospitalier. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues à l'**article 116**.

## **Art. 116** Communication du dossier médical

Les patients ont accès à l'ensemble des informations concernant leur santé détenues, à quelque titre que ce soit, par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et les professionnels qui y exercent.

Sont concernées les informations qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment :

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

Ne sont pas communicables les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès 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.

## **Art. 117** Clichés d'imagerie médicale

Il est délivré, sans redevance supplémentaire et dans le respect des dispositions de l'**article 116**, aux patients qui en font la demande des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur dossier médical.

En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis soit au patient, soit au médecin traitant lorsque le patient en a formulé la demande.

Si les circonstances l'imposent (impossibilité de réaliser rapidement les copies des clichés), des documents originaux peuvent être remis ou adressés au patient. Deux précautions sont alors requises :

- soit la signature par le patient ou l'ayant droit d'un récépissé précisant que celui-ci en devient le seul dépositaire ;
- soit l'accompagnement de l'envoi avec accusé de réception des documents par un courrier daté et signé précisant les documents ainsi adressés.

Le récépissé ou la copie du courrier d'accompagnement doivent être conservés dans le dossier du patient.

## **Art. 118** Relations avec les familles

Les médecins reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, tels le diagnostic et l'évolution de la maladie, ne peuvent être données aux membres de la famille que par les médecins dans les conditions définies par le Code de déontologie médicale. Les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par les personnels paramédicaux dans leur champ de compétence.

## **Art. 119** Personne de confiance

Les patients majeurs peuvent désigner une personne de confiance. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée.

Le groupe 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.

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.

## **Art. 120** Relations avec le médecin traitant

Le groupe hospitalier est tenu d'informer par lettre le médecin désigné par le patient ou sa famille de la date et de l'heure de son admission ainsi que de l'unité de soins où a eu lieu cette admission. Il doit l'inviter simultanément à prendre contact avec le responsable médical de cette unité de soins, à fournir tous renseignements utiles sur le patient et à faire connaître son souhait d'être informé sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier. En cours d'hospitalisation, le praticien hospitalier en charge du patient communique au médecin désigné qui en fait la demande écrite toutes les informations relatives à l'état du patient.

Le médecin traitant peut, après accord du responsable de la structure médicale concernée et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales comprises dans son hospitalisation.

## **Art. 121** Le secret à l'hôpital

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi et énumérés à l'article 217, le secret couvre l'ensemble des informations concernant le patient venues à la connaissance d'un professionnel de santé du groupe 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, hôtesse d'accueil...) en sont avisés.

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

## **Art. 122 Traitements automatisés des données à caractère personnel**

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. 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](mailto: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.

### **Art. 123 Information sur les accidents médicaux, les affections iatrogènes ou les infections nosocomiales**

En cas d'accident médical, d'affection iatrogène ou d'infection nosocomiale, le médecin est tenu d'informer la personne qui en est victime ou qui s'en estime victime sur les circonstances ou les causes de ce dommage. Le cas échéant, cette information est délivrée à ses ayants droit ou à son représentant légal.

Cette information est délivrée au plus tard dans les 15 jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, lors d'un entretien au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

### **Art. 124 Réclamations et voies de recours**

Toute personne accueillie au sein du groupe hospitalier (ou ses représentants légaux ou, en cas de décès, ses ayants droit) peut faire part de ses observations ou de ses réclamations directement au directeur du groupe hospitalier.

Dans chaque groupe hospitalier, la ou les commissions locales des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC locales) veillent au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des patients et de leurs proches. Les observations exprimées par les patients sont selon leur nature examinées par le directeur du groupe hospitalier, le médiateur médical ou non médical ou par la CRUQPC locale. Une réponse motivée est adressée au requérant.

Le patient (ou ses représentants, ou en cas de décès ses ayants droit) peut également s'adresser à la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente (CCI) lorsqu'il s'agit :

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

Le patient (ou ses représentants légaux, ou en cas de décès ses ayants droit) dispose également d'autres recours s'il estime avoir subi un préjudice grave ou s'il n'est pas satisfait des réponses qui lui sont proposées et exposées ci-dessus.

- S'il souhaite adresser une demande de réparation, il doit y procéder auprès de la Direction des affaires juridiques (DAJ) de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, département de la médiation et de la responsabilité hospitalière, 3 avenue Victoria, 75184 Paris Cedex 04. Au vu des résultats de l'expertise amiable, la DAJ adressera au requérant une lettre reconnaissant ou non la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris et dans le cas d'une responsabilité reconnue proposera une transaction avec réparation indemnitaire.
- Il peut saisir la CCI lorsqu'il estime avoir subi un préjudice présentant un caractère de gravité important. Sont recevables par cette commission les demandes des personnes pour lesquelles le dommage subi a entraîné une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieure à 24 %, ou une durée d'incapacité temporaire de travail d'au moins six mois consécutifs ou six mois non consécutifs sur douze mois. La demande est également recevable, à titre exceptionnel, si la personne a été déclarée inapte à exercer son activité professionnelle ou si elle a subi des troubles particulièrement graves dans ses conditions d'existence. La CCI ordonne une expertise amiable et rend un avis sur une éventuelle responsabilité au plus tard dans les six mois qui suivent.
- Il peut exercer un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent. Cette action est possible quelle que soit la gravité du dommage.

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

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

## **Art. 125** La médiation

### *Les médiateurs médecins et les médiateurs non médecins du groupe hospitalier*

Un médiateur médecin et un médiateur non médecin sont désignés au sein du groupe hospitalier par le directeur.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés parmi les médecins exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans.

Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer au sein de la même structure médicale.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés parmi le personnel non médecin exerçant au sein du groupe hospitalier.

Les médiateurs rencontrent le patient ou ses ayants droit, lorsqu'ils en font la demande. Ils peuvent également rencontrer ses proches lorsqu'ils l'estiment utile ou à leur demande. Lorsque le médiateur médecin souhaite consulter un dossier médical, il demande l'accord écrit du patient ou de son représentant légal ou de ses ayants droit en cas de décès.

Le groupe hospitalier peut également proposer au patient ou à ses ayants droit de rencontrer le médiateur médecin ou le médiateur non médecin en tant que de besoin.

### *Le médiateur médecin et le médiateur non médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris*

Le directeur général désigne un médiateur médecin et un médiateur non médecin, rattachés à la direction générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le médiateur médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est choisi parmi les médecins exerçant au sein de l'établissement ou ayant cessé d'y exercer depuis moins de cinq ans qui ont déjà exercé la fonction de médiateur médical dans un groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Le médiateur non médecin de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris est choisi parmi le personnel non médical exerçant ou ayant exercé dans un groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. En qualité de coordonnateurs des médiateurs médecins et non médecins des groupes hospitaliers, ils veillent à la bonne organisation de la fonction de médiation, à la formation des médiateurs médecins et non médecins et assistent le cas échéant ces médiateurs pour certaines réclamations.

Ils veillent au bon traitement des saisines ou demandes des autorités administratives, et notamment celles du Défenseur des droits.

Ils exercent, enfin, la mission particulière d'assister le directeur général dans des situations le justifiant au sein d'un groupe hospitalier, qu'elles affèrent ou non au champ médical.

## **Art. 126 Commission centrale de concertation avec les usagers**

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

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

## **Art. 127 Commissions des usagers locales**

Une ou plusieurs commissions des usagers locales (CDU locales) 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) ;
- 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.

### **Art. 128** Représentants des usagers

Deux représentants des usagers sont désignés par le directeur du groupe hospitalier au sein de la commission de surveillance du groupe hospitalier parmi les personnes proposées par les associations, régulièrement déclarées, agréées, et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

Deux représentants des usagers désignés selon les mêmes critères par le préfet du département de Paris, siègent au conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Deux représentants des usagers et leurs suppléants siègent dans chaque commission des relations avec les usagers et de la prise en charge locale. Ils sont désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé. Les usagers sont informés de cette désignation. Les représentants des usagers doivent pouvoir être saisis aisément et de façon directe par les usagers.

### **Art128bis.** Représentants des familles au conseil de surveillance

Un représentant des familles des personnes hospitalisées en unité de soins de longue durée participe avec voix consultative aux réunions du conseil de surveillance.

Il est élu pour cinq ans parmi les représentants des familles assistant aux commissions de surveillance mentionnées à l'**article 8** du présent règlement intérieur.

Un arrêté directeur prévoit les modalités de cette élection.

## **4.2 Consentement aux soins**

## **Art. 129    Consentement aux soins : dispositions générales**

Le patient prend avec les professionnels de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent les décisions concernant sa santé.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sur le patient sans son consentement libre et éclairé ni sans celui du titulaire de l'autorité parentale s'il est mineur. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Les prélèvements d'éléments et de produits du corps humain ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi.

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

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ni investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'**article 119**, la famille ou, à défaut, un de ses proches ait été consulté. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale prévue par la loi et les directives anticipées rédigées par le patient ou, à défaut de ces dernières, sans que la personne de confiance prévue à l'article 119 ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical. Pour être valables, les directives anticipées doivent être écrites, datées et signée par leur auteur majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance  
Elles sont révisables ou révocables à tout moment.

## **Art. 131    Refus des soins**

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés et l'informant des dangers que cette sortie présente pour lui. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de

ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent du groupe 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.

### **Art. 132    Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des mineurs**

Les actes médicaux sur les mineurs requièrent le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Les actes les plus usuels peuvent toutefois être effectués avec l'accord d'un seul des titulaires de l'autorité parentale.

Les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale peuvent par anticipation, lors de l'admission d'un mineur, signer une autorisation de soins et de pratiquer les actes qui y sont liés, en raison de leur éloignement futur ou pour toute autre cause à venir.

Dans le cas où les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale sont en mesure de donner une autorisation écrite, à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire. En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention médicale ou chirurgicale, en dehors des cas d'urgence prévus à l'**article 134**.

Dans le cas où le refus d'un traitement par les personnes titulaires de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

Le consentement des mineurs doit être systématiquement recherché s'ils sont aptes à exprimer leur volonté et à participer à la décision après avoir reçu l'information adaptée à leur degré de maturité.

### **Art. 133    Consentement aux interventions médicales et chirurgicales sur des majeurs sous tutelle**

Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

## **Art. 134 Actes médicaux et chirurgicaux d'urgence sur des mineurs**

En cas d'urgence et d'impossibilité de joindre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou de refus de leur part de signer l'autorisation de soins, il est procédé aux actes urgents. La décision d'intervenir est portée dès que possible à la connaissance des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Elle est mentionnée dans le dossier médical par le praticien en charge du mineur.

Le médecin porte au dossier médical la mention « Nécessité d'intervenir en urgence », en précisant la date et l'heure. Il certifie sur le même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale, en précisant la date et l'heure ou, le cas échéant, que ce dernier s'est opposé à l'intervention.

### **4.3 Qualité des soins**

## **Art. 135 Droit du malade à des soins de qualité**

Tout patient a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

## **Art. 136 Prise en charge de la douleur**

Tout patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé du groupe hospitalier mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

## **Art. 137 Droit aux soins palliatifs**

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

## 4.4 Dons du sang et transfusions sanguines

### **Art. 138** Dons du sang

#### *Le cas échéant*

L'Établissement français du sang (EFS) organise au sein du groupe hospitalier la collecte de produits sanguins.

Le don de sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ni indirecte. L'EFS assume, même sans faute, la responsabilité des risques encourus par les donateurs de sang à raison des opérations de prélèvement. Le sang, ses composants et leurs dérivés ne peuvent en aucun cas être distribués ni utilisés sans qu'aient été accomplies, au préalable, les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires.

### **Art. 139** Produits sanguins labiles

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles sont transfusés avec des produits homologues fournis par le site transfusionnel de l'EFS auquel l'établissement hospitalier est rattaché.

Les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée à court terme et pour laquelle les besoins en sang sont bien définis peuvent, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, se faire prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de la transfusion autologue différée, le sang est conservé par le site transfusionnel de l'EFS ou le dépôt du groupe hospitalier. Ces produits autologues sont exclusivement réservés aux patients correspondants. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée avec du sang homologue.

Il n'est pas possible pour les patients de sélectionner un donneur parmi leurs proches ou leurs relations, cette pratique étant contraire à la règle de l'anonymat qui préside au don du sang. Seule la nécessité thérapeutique peut être invoquée, à titre exceptionnel, pour justifier le non-respect de ce principe.

## **Art. 140** Sécurité transfusionnelle

Les médecins prescrivent aux patients les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie. Ils s'assurent de la traçabilité des produits effectivement administrés aux patients.

Au cas où est diagnostiqué chez un patient un évènement indésirable susceptible d'être dû à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du groupe hospitalier en informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'EFS, en lui spécifiant les références des produits transfusés.

Le groupe hospitalier doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient impliqué dans une enquête transfusionnelle et dont il gère le dossier médical bénéficie des contrôles nécessaires. Le patient est tenu informé de sa situation dans les conditions prévues à l'**article 123**.

Le groupe hospitalier établit pour chaque patient qui bénéficie d'une transfusion sanguine un dossier transfusionnel versé au dossier médical du patient.

Au cours de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et, pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

## **4.5 Dispositions relatives aux recherches biomédicales, aux dons, aux prélèvements et aux collectes d'éléments du corps humain**

### **Art. 141** Recherches biomédicales

Les médecins et les chirurgiens-dentistes peuvent proposer aux patients de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de leur déroulement. Elle prévoit que l'intérêt du patient doit toujours primer les seuls intérêts de la science et de la société. Les recherches biomédicales doivent toujours être réalisées dans le respect des règles de bonnes pratiques.

Avant de réaliser une recherche sur une personne, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un comité de protection des personnes.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et exprès du patient ou le cas échéant de son représentant légal doit toujours être recueilli. Il doit

être consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Des dispositions protectrices spécifiques sont prévues par la loi pour les personnes majeures sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice, ainsi que sur les personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement et ne faisant pas l'objet d'une mesure de protection juridique. Les malades ou le cas échéant leurs représentants légaux sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

*Au sein des groupes hospitaliers comprenant des unités de soins pédiatriques*

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur un mineur non émancipé, l'autorisation est donnée par les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale. Toutefois, cette autorisation peut être donnée par le seul titulaire de l'exercice de l'autorité parentale présent si la recherche ne comporte que des risques et des contraintes négligeables et n'a aucune influence sur la prise en charge médicale du mineur, qu'elle est réalisée à l'occasion d'actes de soins et que l'autre titulaire de l'exercice de l'autorité parentale ne peut donner son autorisation dans des délais compatibles avec les exigences méthodologiques propres à la réalisation de la recherche.

## **Art. 142 Principes généraux applicables aux prélèvements et aux collectes d'éléments biologiques sur des patients**

Aucun prélèvement, aucune collecte d'éléments ou de produits du corps humain ne peut être pratiqué sur un patient sans son consentement préalable. Le patient, ou le cas échéant son représentant légal, peut révoquer son consentement à tout moment.

Aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à une personne qui se prête au prélèvement et à la collecte d'éléments ou de produits de son corps. Les frais de prélèvement et de collecte sont intégralement pris en charge par le groupe hospitalier.

Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur.

Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée.

Il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique.

## **Art. 143** Prélèvements et greffes d'organes

Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale auxquels concourent, directement ou indirectement, tous les hôpitaux et groupes 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 l'inscription sur le registre national automatisé des refus de prélèvement prévu par la loi et tenu par l'Agence de la biomédecine. Il est révocable à tout moment. Une personne peut également exprimer son refus par écrit et confier ce document à un proche. Ce document est daté et signé par son auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance.

Lorsqu'une personne, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer elle-même ce document, elle peut demander à deux témoins d'attester que le document qu'elle n'a pu rédiger elle-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Un proche de la personne décédée peut faire valoir le refus de prélèvement d'organes que cette personne a manifesté expressément de son vivant.

Le refus de prélèvement des organes est révisable et révocable à tout moment. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvement prend en compte l'expression de volonté la plus récente. Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Si le patient décédé est un mineur ou un majeur sous tutelle, le prélèvement ne peut avoir lieu qu'à la condition que chacun des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou le tuteur y consente par écrit. Toutefois, en cas d'impossibilité de consulter l'un des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le prélèvement peut avoir lieu à condition que l'autre titulaire y consente par écrit.

Les médecins qui établissent le constat de la mort, d'une part, et ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe, d'autre part, doivent faire partie d'équipes médicales distinctes. Les médecins qui ont procédé à un prélèvement ou à une autopsie médicale sur un patient décédé sont tenus de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps.

Les médecins doivent s'assurer que les patients âgés de 16 à 25 ans sont informés des modalités de consentement au don d'organes à des fins de greffe et, à défaut, leur délivrent individuellement cette information dès que possible.

Les dispositions du présent article s'appliquent aux prélèvements et greffes de tissus.

### **Art. 144** Autopsie médicale

Une autopsie médicale peut être pratiquée sur le corps d'un patient décédé, en dehors du cadre de mesures d'enquête ou d'instruction diligentées lors d'une procédure judiciaire, dans le but d'obtenir un diagnostic sur les causes du décès. Elle doit être pratiquée conformément aux exigences de recherche du consentement visées à l'**article 143**. Toutefois, à titre exceptionnel et dans des cas prévus par voie réglementaire, elle peut être réalisée malgré l'opposition de la personne décédée, en cas de nécessité impérieuse pour la santé publique et en l'absence d'autres procédés permettant d'obtenir une certitude diagnostique sur les causes de la mort.

### **Art. 145** Utilisation des prélèvements à des fins scientifiques

Sous réserve de dispositions légales spécifiques et sauf si le patient, dûment informé, s'y est opposé, le groupe hospitalier est susceptible de conserver et d'utiliser des éléments et produits du corps humain à une fin médicale ou scientifique autre que celle pour laquelle ils ont été initialement prélevés ou collectés. Lorsque cette personne est un mineur ou un majeur sous tutelle, cette opposition est exercée par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur.

Les prélèvements à des fins scientifiques ne peuvent être pratiqués que dans le cadre de protocoles transmis, préalablement à leur mise en œuvre, à l'Agence de la biomédecine.

## **SECTION 5**

# Conditions de séjour du patient au sein du groupe hospitalier

## 5.1 Principes régissant le séjour

## **Art. 146** Règles générales

La vie hospitalière implique le respect des règles essentielles de la vie en collectivité. Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres malades ou le fonctionnement du service. Ils doivent observer strictement les règles d'hygiène. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte du groupe hospitalier. Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire. Les patients peuvent se déplacer librement dans l'enceinte hospitalière, selon des modalités convenues avec les responsables de l'unité de soins, ceci dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

## **Art. 147** Respect de la personne et de son intimité

Les activités de diagnostic, de prévention et de soins s'exercent dans le respect des droits des patients affirmés par le Code de la santé publique. Ces droits comportent notamment le droit à la protection de la santé, le respect de la dignité, la non-discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins, le respect de la vie privée, y compris le droit au secret et à la protection de l'image et le droit à des soins appropriés. Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré-et postopératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier. L'examen d'un patient dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des patients. Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Le groupe hospitalier prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

### **Art. 148 Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur**

Dès sa pré-admission au sein du groupe hospitalier et au plus tard lors de son admission, le patient (ou ses représentants légaux) est informé oralement et par une note écrite du régime de responsabilité applicable en cas de vol, de perte ou de détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément aux dispositions légales. Le patient est invité à n'apporter au sein du groupe hospitalier que les objets strictement utiles à son séjour. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du groupe hospitalier et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur dont la liste, établie par le directeur du groupe hospitalier, lui est communiquée.

Il est remis au patient un reçu des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité du groupe hospitalier. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient.

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, le groupe hospitalier est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, dans la limite d'une somme fixée par référence au plafond de la Sécurité sociale.

À titre exceptionnel, le directeur du groupe hospitalier peut autoriser de façon expresse le patient à conserver un ou plusieurs objets ne figurant pas sur la liste des objets de faible valeur établi par le groupe hospitalier. Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, le groupe hospitalier n'est responsable de leur vol, de leur perte ou de leur détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels. Le groupe hospitalier n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

### **Art. 149 Les repas**

Les repas sont servis soit individuellement, au lit du patient, soit collectivement, dans les locaux spécialement affectés à cet usage.

Dans la mesure du possible, un choix entre plusieurs menus est proposé aux patients.

Un repas peut être servi aux visiteurs, à leur demande et moyennant paiement. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, en fonction du coût réel des prestations fournies.

## **Art. 150** Autorisations de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé, de la longueur de leur séjour et sans préjudice de leur liberté d'aller et venir, bénéficier d'autorisations de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de 48 heures, à laquelle sont rajoutés les délais de route.

Ces autorisations sont données par le directeur, sur avis favorable du médecin responsable de la structure médicale concernée. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant, doivent être notés au sein de l'unité de soins.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter le groupe hospitalier ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, le groupe hospitalier le porte « sortant », sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les patients admis dans le cadre d'une admission psychiatrique sans consentement en hospitalisation complète pour troubles mentaux peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

- sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Elles sont, dans ce cas, accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée (en application de l'article L.1111-6 du Code de la santé publique), pendant toute la durée de la sortie ;
- sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

La sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

## **Art. 151** Pratiques religieuses

Les patients doivent pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de leur religion. Ce droit s'exerce dans le respect de la liberté des autres patients. Le groupe hospitalier prévoit un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes qui puisse servir de

lieu de culte, de prière ou de recueillement aux patients, quelle que soit leur confession. Des ministres des différents cultes, agréés par le directeur du groupe hospitalier, sont à la disposition des patients, sur simple demande de leur part.

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

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

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

## **5.2 Service social hospitalier**

### **Art. 152** **Missions du service social hospitalier**

Le service social hospitalier, composé de cadres supérieurs socio-éducatifs, de cadres et d'assistants socio-éducatifs et des secrétaires qui les assistent, est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein du groupe hospitalier.

Il favorise le maintien ou l'accès aux droits sociaux et aide les patients, leur famille et leurs proches en cas de difficultés administratives ou juridiques. Il prépare, en liaison directe d'une part avec les services administratifs et les pôles d'activités, et d'autre part avec les institutions, services, associations, travailleurs sociaux compétents, le maintien ou le retour à domicile ou, si besoin, l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée.

Les assistants sociaux font le lien entre le groupe hospitalier, ses pôles d'activités et la ville. Le service social informe, oriente, aide les patients (consultants ou hospitalisés) et leur famille, et leur assure écoute et soutien, dans le respect du secret professionnel.

Il intervient au sein des différents pôles d'activités sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier dans le cadre du projet élaboré avec le patient en veillant à préserver son autonomie.

Un coordonnateur, désigné par le directeur général et placé auprès de lui, veille à la mise en cohérence des actions menées par le service social hospitalier du groupe hospitalier avec la politique institutionnelle en cette matière.

## **5.3 Accès des personnes étrangères au groupe hospitalier**

### **Art. 153 Visites**

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur sur avis des responsables des structures concernées. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre. En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de la structure médicale concernée.

Le droit aux visites peut être restreint :

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

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

### **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.

### **Art. 155**    **Stagiaires extérieurs**

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du groupe hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le groupe hospitalier et l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

### **Art. 156**    **Associations de bénévoles**

Le groupe hospitalier facilite l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien au patient et à sa famille, à la demande ou avec l'accord de ceux-ci, ou développer des activités à leur intention, dans le respect des règles de fonctionnement du groupe hospitalier et des activités médicales et paramédicales.

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein du groupe hospitalier doivent, préalablement à leurs interventions, avoir conclu avec le groupe hospitalier une convention qui détermine les modalités de cette intervention. Elles doivent fournir au directeur du groupe hospitalier une liste nominative des personnes qui interviendront au sein du groupe hospitalier.

Le responsable de la structure médicale concernée peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation de la structure médicale.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin à caractère médical ou paramédical.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement de la fin de vie et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent, avec l'accord du patient ou de ses proches et sans

interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux, apporter leur concours à l'équipe de soins en participant à l'ultime accompagnement du patient et en confortant l'environnement psychologique et social du patient et de son entourage.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles se dotent d'une charte qui définit les principes qu'ils doivent respecter dans leur action. Ces principes comportent notamment le respect des opinions philosophiques et religieuses de la personne accompagnée, le respect de sa dignité et de son intimité, la discrétion, la confidentialité et l'absence d'interférence dans les soins.

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

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes), des sociétés de production et des artistes, ainsi que les modalités d'exercice de leur profession au sein du groupe 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 s'effectue dans le respect des dispositions de l'article 151 bis. .

### **Art. 158 Accompagnants privés**

L'autorisation de disposer d'un accompagnant privé doit être demandée par écrit par le patient ou sa famille. Elle est subordonnée à l'accord conjoint du médecin responsable de l'unité de soins et du directeur du groupe hospitalier, qui peuvent à tout moment rapporter cette décision. La personne autorisée à se tenir en permanence auprès du patient ne doit effectuer aucun soin médical ou paramédical.

Les frais éventuels occasionnés par cette garde ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Cette précision doit être donnée au demandeur avant toute autorisation.

## **Art. 159** Interdiction d'accès aux démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès au sein du groupe hospitalier des démarcheurs, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique. S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement exclus.

Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur du groupe hospitalier. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

## **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.

## 5.4 Règles diverses

### **Art. 160 Neutralité et laïcité du service public**

Toute personne est tenue au sein du groupe hospitalier au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte du groupe hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ne peuvent effectuer des visites au sein du groupe hospitalier que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil de surveillance. Les mêmes dispositions s'appliquent aux membres de la commission de surveillance du groupe hospitalier qui doivent être mandatés par ladite commission ;
- les réunions publiques, de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du groupe hospitalier sauf autorisation expresse du directeur. Le service public est laïc. Il en résulte notamment que les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés au sein du groupe hospitalier, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles, les personnels ou toute autre personne, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, ou qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public.

### **Art. 161 Droits civiques**

En application des dispositions du Code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer au sein du groupe hospitalier leur droit de vote par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de risque de décès imminent, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte du groupe hospitalier, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le procureur de la République.

## **Art. 162** Droit à l'information

Tout usager du groupe hospitalier peut exercer son droit d'accès aux documents administratifs, dans les conditions prévues par la loi.

Le groupe hospitalier doit mettre à disposition et diffuser auprès des usagers les textes juridiques qui leur sont applicables.

Tout usager a également le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administratives de l'agent chargé d'instruire sa demande ou de traiter l'affaire qui le concerne, sauf exception liée à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

## **Art. 163** Prestataires de service au sein du groupe hospitalier

Le directeur établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein du groupe hospitalier et en définit les conditions d'accès et d'exploitation.

Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil prévu à l'article 54.

## **Art. 164** Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à l'article 148.

## **Art. 165** Effets personnels

Les patients doivent prévoir pour leur séjour au sein du groupe hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette.

Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas au groupe hospitalier et sa conservation obéit aux règles de responsabilité définies par le Code de la santé publique.

En cas de nécessité, le groupe hospitalier met à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation, des vêtements appropriés.

## **Art. 166** Courrier

Le vagemestre 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 vagemestre à leurs destinataires s'ils jouissent de la plénitude de leurs facultés mentales ; à défaut, ils sont remis en dépôt à la direction ou au mandataire judiciaire à la protection des majeurs notamment si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Les mandats, lettres ou paquets recommandés destinés aux mineurs non émancipés leur sont distribués, sauf opposition des parents fondée sur l'intérêt de l'enfant.

## **Art. 167** Téléphone et micro-informatique

Des appareils téléphoniques (*le cas échéant, informatiques*) peuvent, à leur demande, être mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité, de telle sorte que soit assurée la confidentialité des communications téléphoniques.

Chaque groupe 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.

L'installation de ces matériels s'effectue sous leur seule responsabilité. Les frais de communication sont facturables et donnent lieu à la délivrance d'un reçu.

### **Art. 168** Usage des téléviseurs

Les patients désirant regarder la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande (*selon le cas : auprès du personnel du prestataire ou, en cas de gestion directe de ce service par le groupe hospitalier, auprès du cadre infirmier en charge de l'unité de soins ou une autre organisation*). Les frais de location du poste de télévision leur sont facturables (*selon le cas : soit directement par le prestataire du groupe hospitalier, soit par le groupe hospitalier*).

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

Des casques audio peuvent être mis à disposition des utilisateurs.

*Le cas échéant*

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

### **Art. 169** Animaux

L'**article 34** du présent règlement, interdisant, sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte du groupe hospitalier, ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein du groupe hospitalier, conformément aux dispositions légales.

## SECTION 6

# Sortie des patients

### Art. 170 Compétence du directeur du groupe hospitalier

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'une des unités de soins du groupe hospitalier, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin responsable de la structure médicale concernée ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues à l'article 60. Le patient doit être préalablement informé du coût et des modalités de prise en charge financière d'un tel transfert.

### Art. 171 Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits. En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire, par ambulance ou par tout autre transport sanitaire, peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. Le groupe 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.

### **Art. 172** Sortie contre avis médical

Sous réserve des dispositions de l'**article 92** et à l'exception des mineurs, des personnes admises en soins psychiatriques sous contrainte pour troubles mentaux et des patients visés aux **articles 102 à 108**, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment le groupe hospitalier.

Toutefois, si le praticien hospitalier responsable de la structure médicale concernée estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à l'**article 131**.

Le patient doit alors signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le médecin responsable de la structure médicale concernée peut saisir le procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

### **Art. 173** Sortie à l'insu de l'unité de soins

Au cas où un patient quitte le groupe hospitalier sans prévenir, des recherches sont entreprises pour le retrouver au sein de l'unité de soins, du groupe hospitalier et de ses abords immédiats.

Si les recherches sont restées vaines et s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou d'une manière générale, si la situation l'exige (patient en danger ou présentant un danger pour l'ordre public ou la sécurité des

personnes), le directeur du groupe hospitalier ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

Dans tous les cas, un courrier est adressé au patient à son domicile (ou à son représentant légal) afin de l'informer des dangers résultant de sa sortie contre avis médical. Une lettre indiquant son état de santé, les soins proposés et les risques encourus est également adressée à son médecin traitant. Une copie de ces lettres est conservée dans le dossier médical du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté le groupe hospitalier, à minuit.

### **Art. 174 Sortie des nouveau-nés**

*Le cas échéant, au sein des hôpitaux ou groupes hospitaliers comportant une maternité*

L'enfant quitte le groupe hospitalier en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

Ces cas sont constatés par le médecin responsable de la structure médicale concernée.

### **Art. 175 Sortie par mesure disciplinaire**

La sortie d'un patient dûment averti peut, hors les cas où son état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat de désordres persistants dont il est la cause ou, plus généralement, d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans une autre structure médicale ou un autre groupe hospitalier de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

## SECTION 7

# Frais de séjour

### Art. 176 Information

Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée au sein de l'AP-HP à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. Cette information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

### Art. 176bis 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.

### Art. 177 Tarifs des prestations

Il existe un tarif par motif d'hospitalisation, commun à l'ensemble des hôpitaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, facturé par journée de présence au sein du groupe hospitalier, selon des règles spécifiques.

### Art. 178 Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une participation financière du patient à ses frais de séjour. Il n'est pas compris dans les tarifs des prestations : il est facturable en sus. Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

## **Art. 179 Paiement des frais de séjour et provisions**

Toute journée d'hospitalisation est facturable. Elle doit être payée à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris 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 pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris exerce des poursuites contre les patients, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

## **Art. 179 bis Régime commun et régime particulier**

Les groupes hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris comportent, dans les conditions prévues par les articles R. 1112-18 à R. 1112-19 du Code de la santé publique, deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit et relève d'une tarification spécifique.

Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et aux bénéficiaires des soins urgents dispensés au titre de l'article L.254-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

## **Art. 180 Prestations fournies aux accompagnants**

Les frais d'hébergement et de repas engagés par le groupe hospitalier pour les personnes accompagnant les patients hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant de moins de 16 ans (notamment en chambre mère-enfant) ou un patient en fin de vie.

## SECTION 8

# Dispositions relatives aux naissances et aux décès

## 8.1 Dispositions relatives aux naissances

### Art. 181 Déclaration de naissance

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 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.

### Art. 182 Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

Si l'enfant est né vivant et viable, mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, le médecin responsable doit établir un certificat médical attestant que l'enfant est né vivant et viable et qu'il est décédé, en indiquant dates et heures de la naissance et du décès. L'officier d'état civil établira, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants et quelle qu'ait été la durée de la gestation.

S'agissant des enfants nés vivants mais non viables, l'officier de l'état civil établit un acte d'enfant sans vie dont la délivrance est conditionnée à la production d'un certificat médical attestant l'accouchement de la mère.

Ne sont pas concernées les interruptions spontanées précoces de grossesse et les interruptions volontaires de grossesse.

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès du groupe hospitalier.

## **8.2 Dispositions relatives aux décès**

### **Art. 183 Attitude à suivre à l'approche du décès**

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et que le décès paraît imminent, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent du groupe hospitalier dûment habilité et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de son état.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir. Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants. Ils peuvent prendre leurs repas au sein du groupe hospitalier et y demeurer en dehors des heures de visite. La mise à disposition par le groupe hospitalier d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par le groupe hospitalier sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

### **Art. 184 Annonce du décès**

Les décès sont constatés, conformément aux dispositions du Code civil, par un médecin du groupe 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 départemental;

- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne chez laquelle le mineur a son domicile habituel ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, à la famille et au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

## **Art. 185** Formalités entourant le décès

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

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs, etc., que possédait le patient, selon les modalités prévues à l'article 194 ;
- rédige un bulletin d'identité du corps ;
- appose sur le corps un bracelet d'identification.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- une fiche d'identification destinée à la direction du groupe 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 suivi des corps ;
- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

## **Art. 186** Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur du groupe hospitalier, prévenu par le médecin responsable de la structure médicale concernée, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

## **Art. 187** Dépôt des corps à la chambre mortuaire

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'**article 194**, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire. De là, il ne peut être transféré hors du groupe 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).

## **Art. 188** Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès. Une déclaration écrite préalable doit être effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps (à Paris : par le préfet de police de Paris). Cette déclaration indique la date et l'heure présumée de l'opération, le nom l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite :

- soit d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile ;
- (*pour les groupes hospitaliers dépourvus de chambre mortuaire*), soit du directeur du groupe hospitalier à condition qu'il atteste par écrit qu'il lui a été impossible de joindre ou de retrouver dans un délai de 10 heures à compter du décès l'une des personnes ayant

qualité pour pouvoir aux funérailles. Dans ce cas, les frais résultant du transport à la chambre funéraire sont à la charge du groupe hospitalier ainsi que les frais de séjour du corps durant les trois premiers jours suivant l'admission. En outre, le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un extrait du certificat de décès attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ; et après accomplissement préalable des formalités relatives aux déclarations de décès.

## **Art. 189** Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport est subordonné à une déclaration écrite préalable effectuée, par tout moyen, auprès du maire du lieu de dépôt du corps (à Paris : auprès du préfet de police de Paris). Cette déclaration doit indiquer la date et l'heure présumée de l'opération de transport, le nom, l'adresse de l'opérateur dûment habilité qui procède à celle-ci, ainsi que le lieu de départ et d'arrivée du corps. Ce transport doit intervenir dans un délai de 48 heures à compter du décès :

- à la demande écrite de toute personne ayant qualité pour pouvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
  - à la mention sur le certificat de décès que le décès ne pose pas de problème médico-légal et que le défunt n'était pas atteint par l'une des infections transmissibles prévues par arrêté du ministre de la santé ;
  - à l'accord écrit du médecin responsable de la structure médicale où a eu lieu le décès, ou, à défaut, d'un médecin du groupe hospitalier ;
  - à l'accord écrit du directeur du groupe hospitalier ;
  - à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès. Le médecin responsable de la structure médicale en charge du patient peut s'opposer à ce transport s'il estime que :
- le décès soulève un problème médico-légal ;
  - l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
  - le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses requérant des mesures sanitaires particulières et visées par arrêté ministériel. Le médecin doit dans ce cas avertir sans délai et par écrit la famille et le directeur du groupe hospitalier de son opposition.
- Sauf dérogation dûment justifiée, le départ du corps a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire du groupe hospitalier.

## **Art. 190 Mise en bière et transport après mise en bière**

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière. Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit s'assurer au préalable de son retrait. Après accomplissement auprès de la commune des formalités prévues par le Code civil concernant la déclaration de décès, l'autorisation de fermeture du cercueil et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente.

## **Art. 191 Opérations funéraires**

Les corps reconnus par les familles leur sont rendus et celles-ci règlent les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

Le groupe hospitalier tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres. La liste des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de 10 jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le groupe hospitalier fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec l'avoir laissé par le défunt. Si celui-ci n'a rien laissé, le groupe hospitalier applique les dispositions concernant les indigents. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

## **Art. 192 Opérations funéraires pour les enfants décédés dans la période périnatale**

Pour les enfants nés vivants et viables et ayant donné lieu à un acte de naissance et à un acte de décès, l'inhumation ou la crémation du corps s'effectue à la charge de la famille

selon les prescriptions fixées par la législation funéraire. La commune est tenue de prendre en charge les frais d'obsèques des personnes dépourvues des ressources suffisantes. Elle peut le cas échéant aider financièrement les familles en difficulté.

Pour les enfants déclarés sans vie, la famille peut faire procéder, à sa charge, à l'inhumation ou à la crémation du corps. La mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, d'un délai de 10 jours pour réclamer le corps de l'enfant. Dans ce cas, le corps de l'enfant est remis sans délai à la mère ou au père.

En cas de non-réclamation du corps dans le délai de 10 jours, l'établissement dispose de deux jours francs pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de 10 jours et de deux jours visés aux alinéas précédents sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

En cas d'absence d'acte dressé par l'officier d'état civil et sauf si, sur la demande de la famille, une commune accepte d'accueillir le corps dans son cimetière, le corps fait l'objet d'une crémation à la charge du groupe hospitalier.

Quelle que soit la décision prise par la famille en matière de prise en charge du corps, le personnel hospitalier doit veiller à proposer, sans l'imposer, un accompagnement facilitant le travail de deuil. Dans tous les cas, le groupe hospitalier est tenu d'informer la famille sur les différentes possibilités de prise en charge du corps.

## **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 de transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 48 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination.

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

## **Art. 194** Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou un-e infirmier-e. Il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque unité de soins. Les objets sont remis au régisseur qui les remettra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du service.

Lorsque les personnes décédées au sein du groupe hospitalier y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Lorsque des mesures de police sanitaire y ont été prises, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés.

Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur desdits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la Caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, de titres et de valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des Domaines afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des Domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le groupe hospitalier, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. À l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits. Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit au Trésor public, cinq ans après la cession par le service des Domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers. Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par l'Assistance publique-hôpitaux de Paris au service des Domaines ou à la Caisse des dépôts et consignations.

## **Art. 195** Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du groupe hospitalier, conformément à l'**article 159**.

Il est également strictement interdit aux agents du groupe hospitalier, qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

## **Art. 196** Liberté des funérailles, dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté individuelle fondamentale.

Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques.

Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir à leur chevet leurs dernières volontés. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du groupe hospitalier afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel de l'unité de soins peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leurs volontés.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, au profit d'un ou de plusieurs groupes hospitaliers ou de structures médicales de leur choix. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse des groupes hospitaliers et des structures médicales bénéficiaires ou de toute autre condition émise par les patients, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions de l'article 909 du Code civil, les administrateurs, médecins et agents du groupe hospitalier ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein de l'Assistance

publique-hôpitaux de Paris. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle est décédée pour les libéralités faites en leur faveur au cours de cette maladie.

En l'absence de volonté laissée par le patient avant son décès et en cas de désaccord au sein des membres de la famille du défunt, ces derniers peuvent saisir le tribunal d'instance, compétent pour les contestations sur les conditions des funérailles.

# Dispositions particulières aux unités de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

Préambule 102

SECTION 1 103  
Accueil et admission des patients

SECTION 2 105  
Vie du patient au sein des structures médicales  
assurant des soins de longue durée (USLD) et unités  
d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

## Préambule

---

L'ensemble des dispositions du chapitre II du présent règlement s'applique, le cas échéant, aux unités de soins de longue durée (USLD) et aux unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD).

Toutefois, les besoins spécifiques des patients accueillis dans ces unités rendent nécessaire de préciser ou d'adapter certaines des dispositions relatives à leur séjour. Tel est l'objet des articles qui composent le chapitre III du présent règlement, qui s'appliquent indifféremment, sauf mention contraire, à l'ensemble des patients relevant de ces unités, qu'ils soient ou non âgés de plus de 60 ans.

Il est souligné d'une manière générale que les personnes accueillies dans ces unités doivent avoir accès à tous les soins qui leur sont nécessaires, être pleinement associées autant que possible aux décisions qui les concernent et ne subir aucune discrimination.

Les dispositions relatives aux droits des patients leur sont pleinement applicables.

---

## SECTION 1

# Accueil et admission des patients

### Art. 197 Libre choix de la personne

Conformément à l'**article 51**, la personne en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjourne. L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Préalablement à son admission, le patient doit être, ainsi que sa famille, pleinement éclairé sur les modes de fonctionnement de l'établissement et l'organisation des soins et notamment sur :

- les conditions de séjour, s'agissant du confort hôtelier, de la prise en charge des soins et de la dépendance ;
- le montant des frais relatifs au séjour, aux soins, à la dépendance et à l'hébergement, ainsi que les modalités de leur prise en charge éventuelle par les organismes de protection sociale et les collectivités départementales.

Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée sans une information et un dialogue préalables, effectués si nécessaire en liaison avec les institutions ou services sociaux dont relève la personne.

### Art. 198 Modalités de l'admission

Le groupe hospitalier remet à chaque personne prise en charge ou à son représentant légal, lors de son admission, un livret d'accueil auquel est annexée la Charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et un document individuel de prise en charge.

Le document individuel de prise en charge, établi entre la personne et le groupe hospitalier, précise leurs obligations respectives, à savoir notamment les prestations mises en œuvre, les conditions d'accueil et de séjour, et les conditions de participation financière.

Ce document est signé par le directeur du groupe hospitalier ou son représentant et par la personne admise ou son représentant.

## **Art. 199** Accueil

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

Le groupe hospitalier veille à ce que le patient reçoive lors de son séjour toute l'aide qui lui est nécessaire pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

## **Art. 200** Frais de séjour

Les frais de séjour se décomposent en trois éléments distincts :

- le forfait « soins », qui correspond à la tarification des soins médicaux et paramédicaux dispensés ;
- le tarif « dépendance », qui correspond à la tarification des frais liés à la dépendance ;
- le tarif « hébergement », qui correspond à la tarification des prestations hôtelières fournies.

Le montant du forfait « soins » est fixé par arrêté ministériel. Il est intégralement pris en charge par les organismes de Sécurité sociale, sous réserve de l'ouverture des droits du résident.

Le montant du tarif « dépendance » est fixé par le président du Conseil de Paris.

Le montant du tarif « hébergement » est fixé par le président du Conseil de Paris. Il est pris en charge selon deux modalités :

- l'admission à titre payant ; il appartient alors au patient ou à son garant de régler tous les mois, à la direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, 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 ».

## **Art. 201** Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les patients ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement au moyen d'une notice d'information qu'ils complètent et signent.

Cette notice doit préciser de façon claire :

- les conditions financières de prise en charge et notamment le fait que le tarif « hébergement » est toujours à la charge du patient, de sa famille ou de l'aide sociale ; ce tarif n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie ;
- les délais autorisés et les conditions de facturation en cas d'absence du patient (pour une hospitalisation en court séjour ou pour des vacances), conformément aux règles précisées aux **articles 212** et **213** ;
- les modalités d'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

## SECTION 2

# Vie du patient au sein des structures médicales assurant des soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (UHPAD)

## Art. 202 Respect des personnes

La dignité, l'intimité et la vie privée du patient doivent être strictement respectées. Le patient a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

## Art. 203 Projet de soins et projet de vie

La direction du groupe hospitalier, les médecins, les soignants et le service social mettent en œuvre un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du patient, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être. L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du patient et notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant l'hospitalisation et favoriser les liens du patient avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des patients et de leur vie sociale au sein du groupe hospitalier est un élément essentiel dans leur prise en charge. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines. Toutes les initiatives au sein du groupe hospitalier tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des patients, des familles, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures au groupe hospitalier. Il en va de même pour les propositions tendant à faciliter l'exercice de leur liberté d'aller et de venir. Ces initiatives sont coordonnées par le groupe hospitalier et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

Le groupe hospitalier organise des rencontres régulières entre les patients, les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

### **Art. 204 Relations avec les familles**

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

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

### **Art. 205 Participation des patients à la vie du groupe hospitalier**

Le groupe hospitalier met en place, pour faciliter l'expression et la participation des personnes accueillies, des rencontres régulières avec les personnes accueillies en unité de soins de longue durée (USLD) et unités d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avec leurs familles.

### **Art. 206 Protection des personnes vulnérables**

Le groupe hospitalier est garant de la protection du patient en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

## **Art. 207** Déroulement des soins

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris ainsi que la durée probable de l'hospitalisation doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'explications compréhensibles, conformément à l'**article 114**.

## **Art. 208** Liberté des patients et règles de vie

Pendant leur séjour, les patients doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective.

Ils doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis pour l'unité de soins. Ils doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur du groupe hospitalier.

## **Art. 209** Sommes d'argent conservées par les patients

L'argent du patient est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie. Les sommes d'argent conservées par le patient doivent être gérées conformément aux indications de la note directoriale du 16 avril 1987. Ces dispositions sont portées à la connaissance des patients ainsi qu'à celle de leurs proches.

Conformément à l'**article 164**, aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille à titre de gratification.

## **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 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.

## **Art. 211** Personnalisation des chambres

Le directeur peut autoriser les patients qui bénéficient d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels. Un inventaire de ces objets personnels est effectué dans les conditions prévues à l'**article 148**.

Toutefois, l'installation de ces objets ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

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

## **Art. 212** Interruption temporaire de séjour

Sur avis médical favorable, des autorisations de sortie de courte durée peuvent être accordées aux patients, dans les conditions prévues à l'**article 150**. Ils peuvent également bénéficier de 35 jours de sortie.

Pendant ces périodes, ni le forfait « soins » ni le tarif « dépendance » ne sont facturables, dès lors que la sortie dépasse 24 heures. À leur retour, les patients doivent retrouver leur chambre au sein du groupe hospitalier.

## **Art. 213** Hospitalisation en court séjour

Dans l'hypothèse où le patient doit être hospitalisé dans un autre établissement, un lit est gardé à sa disposition au sein du groupe hospitalier où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement le groupe hospitalier ou l'unité de soins de longue durée.

La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition au sein du groupe hospitalier est de 35 jours pour les patients « payants ». Elle est variable selon les départements pour les patients pris en charge par ceux-ci au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Pendant cette absence :

- le tarif « dépendance » ne donne plus lieu à facturation, mais le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation ;
- le tarif « hébergement » continue d'être facturé, déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier).

## **Art. 214** Sortie par mesure disciplinaire

Conformément à l'**article 175**, les patients qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourront, après en avoir été avertis par le directeur, soit être changés d'unités médicales, soit être transférés dans un autre groupe hospitalier, soit être exclus du groupe hospitalier.

## **Art. 215** Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les patients peuvent quitter le groupe hospitalier à tout moment, sur leur demande.

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

Chapitre 4

# Dispositions relatives au personnel

SECTION 1  
Principes fondamentaux liés au respect du patient **119**

SECTION 2  
Principes de la bonne conduite professionnelle **124**

SECTION 3  
Expression des personnels **127**

## SECTION 1

# Principes fondamentaux liés au respect du patient

## Art. 216 Demandes d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers en toutes circonstances et dans le respect des règles énoncées dans le présent règlement.

## Art. 217 Secret professionnel

Le secret professionnel est un principe fondamental institué dans l'intérêt des patients. Il s'impose à tous. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Il concerne tout professionnel de santé et toute personne intervenant de par ses activités professionnelles ou bénévoles au sein du groupe 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.

Il ne peut être dérogé au secret professionnel que dans les cas de révélation strictement prévus par la loi :

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

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :  
pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;  
pour porter à la connaissance du procureur de la République et en accord avec la victime les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de quelque nature ont été commises. En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. Les professionnels de santé ou d'action sociale peuvent également s'affranchir de leur obligation de secret pour informer le préfet (à Paris, le préfet de police) du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une. Les fonctionnaires en exercice au sein du groupe 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.

### **Art. 218 Obligation de réserve et de discrétion professionnelle**

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels du groupe hospitalier sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et les informations dont les personnels ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, des agents d'assurance et des démarcheurs.

Les personnels sont tenus, dans l'exécution de leur service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Ils s'abstiennent notamment de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou discourtois, susceptibles d'importuner ou de choquer les patients, les visiteurs et les autres agents du groupe hospitalier.

### **Art. 218 bis Bon usage du système d'information**

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

### **Art. 219 Respect de la liberté de conscience et d'opinion**

La liberté de conscience doit être rigoureusement respectée. Aucune propagande ni pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les patients ni sur leurs familles.

## **Art. 220 Sollicitude envers les patients**

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonction, d'assurer au mieux le confort physique et moral des patients dont ils ont la charge.

Ils prêtent une attention toute particulière à délivrer une information aux usagers dans les situations d'attente.

D'une manière générale, ils prennent toutes les dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité et de calme indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des patients doit être une préoccupation constante de tous les personnels.

## **Art. 221 Accueil et respect du libre choix des familles**

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toutes circonstances.

Le libre choix des patients et des familles doit être rigoureusement respecté, notamment lorsqu'ils désirent faire appel à des entreprises privées de transport sanitaire, à des opérateurs funéraires ou à des prestataires d'aides et services à la personne.

## **Art. 222 Promotion de la bientraitance**

Les personnels du groupe hospitalier agissent dans le souci du patient. Ils sont attentifs à ses besoins et à ses demandes, respectent ses choix et ses refus. Ils mettent en œuvre des actions qui rendent concrètes et effectives la mise en œuvre des droits du patient et l'amélioration de sa vie quotidienne.

Le groupe hospitalier veille en toutes circonstances à la prévention, au diagnostic et au dépistage de la maltraitance, y compris de ses formes non intentionnelles ou passives.

## **SECTION 2**

# **Principes de la bonne conduite professionnelle**

## **Art. 223 Obligation de désintéressement**

Il est interdit à tout membre du personnel du groupe hospitalier d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

## **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.

## **Art. 225 Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces**

Il est interdit aux personnels du groupe hospitalier de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ni d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels, prévus par convention, restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Conformément à l'article 164, les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

## **Art. 226 Obligations de formation des personnels**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris veille à ce que l'ensemble de ses personnels puisse satisfaire dans les conditions appropriées à ses obligations légales de développement professionnel continu.

## **Art. 227 Exécution des instructions reçues**

Tout agent du groupe hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public.

Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés.

En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Toutefois, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

## **Art. 228 Information du supérieur hiérarchique**

Tout agent doit aviser son supérieur hiérarchique dans les meilleurs délais des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service.

## **Art. 229 Obligation de signalement des accidents médicaux, des affections iatrogènes, des infections nosocomiales ou des évènements indésirables associés à un produit de santé**

Tout agent du groupe hospitalier qui a constaté ou suspecté la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène, d'une infection nosocomiale ou d'un évènement indésirable associé à un produit de santé est tenu d'en alerter immédiatement le correspondant local assurant au sein du groupe hospitalier la vigilance sanitaire pour la catégorie de produits concernés.

## **Art. 230 Audition en justice ou auprès des autorités de police**

Tout agent du groupe hospitalier appelé à être entendu en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service doit en aviser immédiatement le directeur.

### **Art. 231 Bon usage des biens du groupe hospitalier**

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le groupe hospitalier. Les dégradations volontaires causées par la faute ou la négligence du personnel amèneront le groupe hospitalier à en demander la réparation pécuniaire.

### **Art. 232 Assiduité et ponctualité**

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein du groupe hospitalier avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier.

### **Art. 233 Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés au sein du groupe hospitalier**

Aucun agent du groupe hospitalier ne doit conserver des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Conformément à l'**article 148**, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès du régisseur du groupe hospitalier ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage. Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein du groupe hospitalier doit être directement remis au responsable de la sécurité générale désigné par le directeur, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

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

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.

### **Art. 235 Exigence d'une tenue correcte**

La tenue est un élément du respect dû aux patients.

Une tenue et un langage corrects sont exigés de l'ensemble du personnel.

### **Art. 236 Lutte contre le bruit**

Chaque membre du personnel doit par son comportement participer à la lutte contre le bruit, tout particulièrement la nuit, dans les unités de soins.

### **Art. 237 Identification des personnels**

Afin d'être facilement identifiables, les personnels sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur carte professionnelle précisant notamment leur nom, leur prénom et leur qualité.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles visées à l'**article 156**, aux étudiants ainsi qu'aux prestataires.

### **Art. 238 Identité visuelle de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris**

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée d'une identité visuelle qui témoigne de son unicité et de ses responsabilités, notamment exprimée par son logo et sa charte graphique.

Sans préjudice des modalités d'identification complémentaires qui sont propres aux différentes composantes de l'établissement (groupes hospitaliers et hôpitaux, pôles d'intérêt commun, structures médicales), les personnels veillent en toutes circonstances au respect de cette identité dans l'exercice de leurs fonctions et dans les actions de communication qui les accompagnent.

## **Art. 239** Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect de l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 modifiée et des dispositions prises pour son application.

### **SECTION 3**

## **Expression des personnels**

### **3.1 Concertation au sein des pôles**

#### **Art. 240** Concertation au sein des pôles

Le chef de pôle organise au sein du pôle dont il est en charge une concertation interne associant toutes les catégories du personnel.

Des modalités communes de concertation sont définies pour l'ensemble des groupes hospitaliers.

### **3.2 Droit d'expression directe et collective et droit syndical**

#### **Art. 241** Droit d'expression directe et collective

Les personnels du groupe hospitalier qui ne relèvent pas des instances de concertation d'un pôle d'activités bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail, dans des conditions arrêtées par le directeur du groupe hospitalier, après avis du comité technique d'établissement local.

#### **Art. 242** Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels du groupe hospitalier.

Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'auto-risations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

Le directeur garantit l'exercice du droit syndical sous réserve des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

Chapitre 5

## Dispositions finales

SECTION 1	<b>122</b>
Procédure d'adoption du règlement intérieur	
SECTION 2	<b>123</b>
Modification du règlement intérieur	

## SECTION 1

# Procédure d'adoption du règlement intérieur

## Art. 243 Adoption du règlement intérieur

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris arrête, après avis du conseil de surveillance et concertation avec le directoire, le règlement intérieur de l'établissement.

Cette décision est précédée de la consultation des instances représentatives centrales de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris compétentes (commission médicale d'établissement, comité 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. La décision portant adoption du règlement intérieur est exécutoire dès réception par le directeur général de l'agence régionale de santé, celui-ci pouvant la déférer dans les deux mois suivant sa réception devant le tribunal administratif compétent au titre du contrôle de légalité.

## Art. 244 Adoption des règlements intérieurs des groupes hospitaliers

Le règlement intérieur de chaque groupe hospitalier est établi par le directeur du groupe hospitalier en conformité avec le présent règlement intérieur de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

La commission de surveillance et les instances représentatives locales du groupe hospitalier (commission médicale d'établissement locale, comité technique d'établissement local, comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail local, commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) sont également informées sur ce règlement, pour les matières relevant de leur compétence.

## SECTION 2

# Modification du règlement intérieur

### Art. 245 Procédure de modification

Les modifications apportées au règlement intérieur type et aux règlements intérieurs des hôpitaux et groupes hospitaliers sont adoptées dans les mêmes formes et selon les mêmes procédures que celles décrites aux **articles 243** et **244** ci-dessus.



# Annexes

<b>Annexe 1</b> Commission médicale d'établissement	134
<b>Annexe 2</b> Commission de surveillance	141
<b>Annexe 3</b> Comité exécutif	144
<b>Annexe 4</b> Commission médicale d'établissement locale/comité consultatif médical	145
<b>Annexe 5</b> Commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	154
<b>Annexe 6</b> Comités techniques d'établissement central et locaux	160
<b>Annexe 7</b> Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)	167
<b>Annexe 8</b> Commissions des relations avec les usagers	176
<b>Annexe 8 bis</b> Comité de certification de l'AP-HP	186
<b>Annexe 9</b> Instances centrales et locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	188
<b>Annexe 10</b> Commissions de l'activité libérale	206
<b>Annexe 11</b> Commissions relatives à l'organisation de la permanence des soins (COPS)	211
<b>Annexe 12</b> Commission d'appréciation des offres (CAO) pour la passation des marchés de travaux et de prestations intellectuelles	216
<b>Annexe 13</b> Commission locale d'appréciation des offres, chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux (« commission de transparence des marchés ») relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT	218
<b>Annexe 14</b> Règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitaliers de l'AP-HP	222
<b>Annexe 15</b> Commission des contrats publics de l'AP-HP	229
<b>Annexe 16</b> Charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP	233
<b>Annexe 17</b> Principes essentiels du fonctionnement des pôles	250

## ANNEXE 1

# Commission médicale d'établissement

## Composition

### Membres avec voix délibérative

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

- 10 représentants des chefs de pôle, dont au moins un gériatre ;
- les présidents des commissions médicales d'établissement locales des groupes hospitaliers ;
- 23 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine (dont au moins un en radiologie et un en psychiatrie), 6 en chirurgie, 5 en biologie, un en anatomie-pathologique, un en anesthésie-réanimation, un en pharmacie et un en odontologie ;
- 23 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine (dont un représentant de la fédération du polyhandicap), 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation, un en pharmacie et un en odontologie ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral, dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- 2 représentants des sages-femmes siégeant avec voix délibérative ;
- 4 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités, un représentant des internes de pharmacie et un représentant des internes en odontologie ;
- 4 représentants des étudiants hospitaliers, dont un représentant des étudiants hospitaliers en médecine, un représentant des étudiants hospitaliers en pharmacie, un représentant des étudiants hospitaliers en odontologie et un représentant des étudiants en second cycle des études maïeutique.

### Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative à la commission médicale d'établissement :

- le président du directoire ou son représentant ;
- le président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un directeur d'UFR de pharmacie ;

- un directeur d'UFR d'odontologie ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;
- le représentant du comité technique d'établissement central, élu en son sein ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur général de l'AP-HP.

### **Invités permanents**

Sont par ailleurs invités à titre permanent :

- deux directeurs d'UFR médicale désignés par la conférence régionale des directeurs d'UFR médicale d'Île-de-France ;
- le médecin responsable de la médecine du travail, s'il n'est pas membre de la commission ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, élu en son sein ;

Le directeur général peut se faire assister de toute personne de son choix.

### **Président et vice-président**

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires.

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

Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Les fonctions de président de la commission prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission, ses fonctions au sein de la commission sont assumées par le vice-président de la commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Les fonctions de président de la commission sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

## **Modalités de désignation des membres**

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

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la commission, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au doyen d'âge.

La durée des mandats est fixée à quatre ans renouvelable.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la catégorie ou de la discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues ci-dessus.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au directeur général, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement.

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

### **Dispositions spécifiques par collège**

Les dix représentants des chefs de pôle sont élus par et parmi l'ensemble des chefs de pôle de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en fonction à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections. Les chefs de pôle nommés à titre provisoire sont électeurs et éligibles.

Pour l'élection des représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral et des sages-femmes :

- sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins trois demi-journées hebdomadaires au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ;
- sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs, à l'exception :
  - des praticiens en période probatoire ou de stage ;
  - des praticiens associés ;
  - des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales ;
  - des personnels affectés dans un établissement extérieur à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en vertu des dispositions prévues par la réglementation.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le président du directoire après avoir recueilli l'avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission régionale de subdivision. Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'AP-HP. Un représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique est nommé pour deux ans par le président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'AP-HP ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

## Attributions

### Attributions générales

*Matières donnant lieu à consultation*

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

- le projet d'établissement
- les conventions hospitalo-universitaires
- le compte financier et l'affectation des résultats
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement

- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
- les statuts des fondations hospitalières
- les orientations stratégiques de l'établissement 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 modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- le projet médical de l'établissement
- la politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- la politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- la politique de formation des étudiants et internes
- la politique de recrutement des emplois médicaux
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- la mise en œuvre de l'une des actions mentionnées au III de l'article L. 6112-2
- les participations prises et les filiales créées pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences
- le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- le règlement intérieur de l'établissement
- le programme d'investissement concernant les équipements médicaux.

#### *Matières donnant lieu à information*

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

- les contrats de pôles
- le bilan annuel des tableaux de service
- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

#### **Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins**

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- la gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'AP-HP ;
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- la prise en charge de la douleur ;
- le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- l'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- l'organisation des parcours de soins.

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- propose au directeur le programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article L. 6111-2 du Code de la santé publique. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.

La commission centrale de concertation avec les usagers, les commissions locales des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions. La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- élabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.

Le directeur général tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France.

## **Délégation de compétences aux commissions médicales d'établissement locales**

La commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales d'établissement locales certaines de ses compétences consultatives relatives à l'organisation interne au sein des groupes hospitaliers et notamment celles mentionnées à l'article R. 6144-2-2 du Code de la santé publique.

## **Fonctionnement**

Le président de la commission veille à son bon fonctionnement.

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

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président, qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France, sur l'ordre du jour qu'ils proposent. Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur de la commission.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

## Commission de surveillance

### Composition

La composition nominative de chaque commission de surveillance est fixée par arrêté du directeur général.

La commission de surveillance élit son président en son sein, pour une durée de cinq ans, parmi ses membres représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

La commission de surveillance est comme suit composée :

- un membre choisi en son sein par le conseil de surveillance de l'AP-HP ;
- le ou les maires des communes et (pour les groupes hospitaliers implantés sur des sites situés à Paris) le ou les maires des arrondissements où se situent les sites du groupe hospitalier, ou leurs représentants ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale et un représentant de cette commission désigné par celle-ci ;
- deux représentants du comité technique d'établissement local désignés par celui-ci parmi ses membres titulaires dans les conditions prévues par l'article R. 6143-4 du Code de la santé publique ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques désigné par celle-ci ;
- trois personnalités qualifiées dont deux représentants des usagers et un professionnel de santé d'exercice libéral n'exerçant pas au sein du groupe hospitalier, choisies pour une période de cinq ans, par le directeur du groupe hospitalier ;
- un représentant du conseil général du département dont relèvent principalement les personnes âgées prises en charge par le groupe hospitalier.

Dans les groupes hospitaliers comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles des personnes hébergées dans ces unités assiste aux séances de la commission.

Il est désigné pour une durée de cinq ans par le directeur du groupe hospitalier, après appel à candidatures parmi des personnes membres d'une association familiale ou, à défaut, par les personnes qui ont un proche hospitalisé au sein d'une unité de soins de longue durée du groupe hospitalier.

La durée des fonctions de membre de la commission de surveillance est de cinq ans. Le mandat des membres de la commission de surveillance prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois, ces membres continuent de siéger au sein de la commission de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives expire lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement local. Toutefois, ils continuent de siéger au sein de la commission de surveillance jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

## **Modalités de fonctionnement**

Dans chaque groupe hospitalier, la commission de surveillance se réunit en séance ordinaire quatre fois par an.

L'ordre du jour de la réunion doit être joint à la convocation et parvenir aux destinataires au moins huit jours à l'avance.

Le directeur du groupe hospitalier assure le secrétariat de la commission. Il établit le procès-verbal de chaque séance et le présente au visa du président. Ce dernier le fait approuver par la commission au début de la séance suivante.

En cas d'absence du président élu par la commission de surveillance, la présidence de la séance est assurée par le plus ancien des membres présents ou, à égalité d'ancienneté, par le plus âgé.

Tout membre de la commission de surveillance qui, sans motif légitime, n'aura pas assisté à quatre séances consécutives pourra être réputé démissionnaire et remplacé.

Le remplacement des membres démissionnaires ou à renouveler est effectué suivant les modalités fixées pour leur élection ou leur désignation.

Les membres de la commission de surveillance visitent le groupe hospitalier aussi souvent que la commission le juge nécessaire.

La commission de surveillance est convoquée par le directeur du groupe hospitalier. Elle peut en outre être convoquée en séance extraordinaire par son président.

Le directeur du groupe hospitalier assiste aux séances de la commission. Il peut se faire assister des collaborateurs de son choix.

## Compétences

La commission de surveillance est informée sur :

- toutes les questions relatives au fonctionnement et à l'organisation du groupe hospitalier qui lui sont soumises par le directeur du groupe hospitalier, soit à son initiative, soit à la demande du directeur général ou du conseil de surveillance de l'AP-HP ;
- le règlement intérieur local du groupe hospitalier.

L'hospitalisation à domicile n'est pas dotée de commission de surveillance.

## ANNEXE 3

# Comité exécutif

Il est institué dans chaque groupe hospitalier un comité exécutif, qui a pour mission d'assister le directeur dans la conduite et le pilotage du groupe hospitalier dont il est en charge ainsi que dans le suivi de l'exécution des contrats de pôle.

Le comité exécutif est présidé par le directeur du groupe hospitalier. Il comporte, à parité :

- le directeur et des membres de l'équipe de direction désignés par lui, dont le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale, vice-président du comité exécutif ; le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou son représentant ; des praticiens désignés par la commission médicale d'établissement locale, dont au moins la moitié exerce les fonctions de chefs de pôle d'activités.

Le comité exécutif peut comprendre, parmi ses membres cités au deuxième point, un praticien chargé de la recherche désigné par le directeur, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement locale et le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le directeur du groupe hospitalier fixe le nombre de membres du comité exécutif, lequel établit les règles de son fonctionnement interne. La durée du mandat des membres du comité exécutif est de quatre ans. Ce mandat prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur, ainsi que dans les cas où le membre concerné quitte le groupe hospitalier ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du comité exécutif.

# 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 :

- l'ensemble des chefs de pôle ;
- 10 représentants des responsables des structures internes, des services ou des unités fonctionnelles ;
- 22 représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires dont 8 en médecine, 6 en chirurgie, 5 en biologie, un en anatomie-pathologique, un en anesthésie-réanimation, un en pharmacie ;
- S'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 22 représentants des praticiens hospitaliers titulaires dont 10 en médecine, 4 en chirurgie, 3 en biologie, 4 en anesthésie-réanimation et un en pharmacie. S'y ajoute un représentant en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;
- 6 représentants des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dont 2 représentants hospitalo-universitaires et 4 représentants hospitaliers ;
- dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline, 2 représentants des sages-femmes ;
- 3 représentants des internes dont un représentant des internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités et un représentant des internes de pharmacie. S'y ajoute un représentant des internes en odontologie dans les groupes hospitaliers où existent un ou plusieurs services de cette discipline ;

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

Le président de la commission est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les représentants des praticiens de l'établissement. Les fonctions de président de la commission sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

### **Membres avec voix consultative**

En outre, siègent avec voix consultative aux commissions médicales d'établissement locales :

- le directeur du groupe hospitalier ;
- le directeur de l'UFR médicale de rattachement ;
- un directeur d'UFR de pharmacie ;
- un directeur d'UFR d'odontologie ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalier ;
- le praticien responsable de l'information médicale du groupe hospitalier ;
- un représentant du comité technique d'établissement local, élu en son sein parmi ses membres titulaires ;
- un praticien hygiéniste représentant les équipes opérationnelles d'hygiène du groupe hospitalier ;
- un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur du groupe hospitalier.

À leur demande, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement assistent avec voix consultative aux séances.

Le directeur général, le directeur du groupe hospitalier et le président de la commission médicale d'établissement locale peuvent se faire représenter ou assister par toutes personnes de leur choix.

Membre invité permanent

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

## **Attributions**

Conformément aux dispositions de l'article R. 6147-7 du Code de la santé publique, la commission médicale d'établissement peut déléguer aux commissions médicales

d'établissement locales certaines de ses compétences consultatives relatives à l'organisation interne au sein des groupements d'hôpitaux et des hôpitaux, et notamment celles mentionnées à l'article R. 6144-2-2 du même code.

Chaque commission médicale d'établissement locale est en outre informée :

- des contrats de pôle signés au sein du groupe hospitalier ;
- du bilan annuel des tableaux de service ;
- du bilan de recrutement des emplois médicaux.

Les avis émis par la commission médicale d'établissement locale sont transmis à la commission médicale d'établissement.

Chaque année, la commission médicale d'établissement locale rend compte à la commission médicale d'établissement et au directeur général du bilan des actions et de la synthèse des résultats liés à la mise en œuvre des compétences qui lui ont été déléguées.

## **Modalités de désignation des membres**

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

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions des commissions locales, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Il est prévu des suppléants pour chaque siège attribué sans qu'il y ait de candidature distincte.

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits.

Si un deuxième tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, l'élection est acquise au doyen d'âge.

La durée des mandats est fixée à quatre ans, renouvelable.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la catégorie ou de la discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'autre membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire, dans les conditions prévues ci-dessus.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

La convocation des élections incombent au directeur général, par la voie d'un règlement électoral établi lors de chaque renouvellement.

L'organisation des élections incombe au directeur du groupe hospitalier. À cet effet, celui-ci constitue un bureau de vote composé du président de la commission médicale d'établissement locale en exercice et de deux candidats désignés par voie de tirage au sort. Le bureau s'assure de la régularité des opérations électorales.

À l'issue des opérations électorales, le directeur du groupe hospitalier proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement locale.

### **Dispositions spécifiques par collègue**

Les dix représentants des responsables de structures internes sont élus par et parmi l'ensemble des responsables de structures internes du groupe hospitalier en fonction à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections. Les responsables de structures internes nommés à titre provisoire sont électeurs et éligibles. Pour l'élection des représentants des praticiens hospitalo-universitaires titulaires, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral et des sages-femmes :

- sont électeurs les personnels qui, à la date de clôture définitive des listes électorales fixée par le règlement des élections, se trouvent en position d'activité ou de congé dans chacun des collèges et catégories concernés et effectuent au moins 3 demi-journées hebdomadaires au sein du groupe hospitalier ;
- sont éligibles les personnels figurant sur la liste des électeurs et qui ont fait acte de candidature, à l'exception :
  - des praticiens en période probatoire ou de stage ;
  - des praticiens associés ;
  - des personnels en congé de maladie depuis plus d'un an ou en position de congé parental à la date de clôture des listes électorales ;
  - des personnels affectés dans un établissement extérieur à l'AP-HP en vertu des dispositions prévues par la réglementation.

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalier après avoir recueilli l'avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission régionale de subdivision dont relève le groupe hospitalier. Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le directeur du groupe hospitalier, par délégation du directeur général, sur proposition des étudiants siégeant au conseil

de l'unité de formation et de recherche liée par convention au groupe hospitalier ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'AP-HP.

Les praticiens contractuels (praticiens contractuels et praticiens attachés) qui exercent au sein de plusieurs groupes hospitaliers de l'AP-HP au moins trois demi-journées hebdomadaires ne sont électeurs que dans un seul groupe hospitalier. Ils sont éligibles au sein du groupe hospitalier où ils ont choisi d'être électeur.

## Fonctionnement

Le président de la commission veille à son bon fonctionnement.

Pour l'accomplissement de ses missions, la commission définit librement son organisation interne dans son règlement intérieur, sous réserve des dispositions suivantes.

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président, qui en fixe l'ordre du jour.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du directeur du groupe hospitalier ou du directeur général, soit du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Sauf urgence, l'ordre du jour est envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en tant qu'experts.

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission peuvent être appelés à intervenir en séance selon des modalités prévues par le règlement intérieur de la commission.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux. La direction du groupe hospitalier concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

### **4.2 Comité consultatif médical de certains hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier, de l'HAD et de l'AGEPS**

Un comité consultatif médical est constitué :

- au sein de l'hôpital marin d'Hendaye, de l'hôpital San Salvador et de l'hôpital Paul-Doumer ;
- au sein de l'hospitalisation à domicile ;

- au sein du pôle d'intérêt commun de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Les modalités de désignation des membres de ces comités sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

Toutefois conformément à l'article R. 6144-5-1 du Code de la santé publique, et par dérogation aux dispositions générales, un chef de pôle peut exercer les fonctions de président de comité consultatif médical dès lors que l'effectif médical le justifie.

Lorsqu'un chef de pôle est élu président de comité consultatif médical et qu'il perd en cours de mandat sa qualité de chef de pôle, il continue à exercer son mandat de président.

### **4.3 Comités consultatifs médicaux des hôpitaux d'Hendaye, San Salvador et Paul-Doumer**

#### **Composition**

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

Le comité comprend, dès lors que les effectifs médicaux de l'hôpital le permettent :

- l'ensemble des chefs de pôle (*le cas échéant*) ;
- l'ensemble des responsables des structures internes (services ou unités fonctionnels) de l'hôpital ;
- 3 représentants des praticiens titulaires ;
- 2 représentants des praticiens temporaires et non titulaires et des personnels médicaux contractuels de l'hôpital ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur ;
- un représentant des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;
- (*le cas échéant*) des représentants des internes comprenant, lorsqu'ils existent, un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

##### **Membres avec voix consultative**

En outre, siègent avec voix consultative :

- le directeur général ;
- le directeur de l'hôpital ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le praticien responsable de l'information médicale ;

- un représentant du comité technique d'établissement local ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le directeur général et le directeur de l'hôpital peuvent se faire représenter ou assister par les collaborateurs de leur choix.

Le comité élit parmi ses membres un président et un vice-président.

## Attributions

Les attributions des comités consultatifs médicaux des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement des commissions médicales d'établissement locales, ainsi que les attributions de leurs présidents, s'appliquent respectivement aux comités consultatifs médicaux des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier et à leurs présidents.

### 4.4 Comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile (HAD)

## Composition

#### Membres avec voix délibérative

Le comité comprend, dès lors que les effectifs médicaux de l'hospitalisation à domicile le permettent :

- l'ensemble des chefs de pôle ;
- 3 représentants des praticiens titulaires ;
- 2 représentants des praticiens temporaires et non titulaires et des personnels médicaux contractuels de l'hôpital ;
- le pharmacien responsable de la pharmacie à usage intérieur, s'il n'est pas déjà membre en qualité de chef de pôle ;
- un représentant des sages-femmes ;
- un représentant des internes.

#### Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative :

- le directeur général ;
- le directeur de l'hospitalisation à domicile ;
- le président de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- le praticien responsable de l'information médicale ;
- un représentant du comité technique d'établissement local ;
- le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Le directeur général et le directeur de l'hospitalisation à domicile peuvent se faire représenter ou assister par les collaborateurs de leur choix.

Le comité élit parmi ses membres un président et un vice-président.

## Attributions

Les attributions du comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile sont identiques à celles des commissions médicales d'établissement locales.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile sont celles qui s'appliquent aux commissions médicales d'établissement locales.

Le comité consultatif médical de l'hospitalisation à domicile établit notamment dans son règlement intérieur les conditions dans lesquelles peuvent être invités d'autres membres avec voix consultative.

Comité consultatif médical de l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

## Composition

Le comité comprend :

### Membres avec voix délibérative

- les 2 chefs de pôle, membres de droit ;
- 10 représentants des chefs de services, des responsables d'unité fonctionnelle, des responsables d'unité ;
- 4 représentants des praticiens hospitalo-universitaires ;
- 4 représentants des praticiens hospitaliers titulaires ;
- un représentant des praticiens hospitaliers contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des assistants hospitalo-universitaires ;
- un représentant des assistants ;
- le représentant des internes en pharmacie.

### Membres avec voix consultative

En outre, siègent avec voix consultative au comité consultatif médical de l'AGEPS :

- le directeur de l'AGEPS ;

- le directeur de l'unité de formation et de recherche de pharmacie de l'université Paris Descartes ;
- le directeur de l'unité de formation et de recherche de pharmacie de l'université Paris Sud ;
- le représentant du comité technique d'établissement local.

## Attributions

Les attributions du comité consultatif médical de l'AGEPS sont celles des commissions médicales d'établissement locales.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité consultatif médical de l'AGEPS sont celles qui s'appliquent aux commissions médicales d'établissement locales.

## ANNEXE 5

# Commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

## 5.1 Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Une commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est organisée au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en conformité avec les articles R. 6146-10 et suivants du Code de la santé publique.

### Composition

La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle est présidée par le directeur de la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Elle comprend 40 membres élus. Les représentants élus constituent trois collèges :

- collège des cadres de santé ;
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ;
- collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'AP-HP ;
- un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur général de l'AP-HP sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés à l'AP-HP ;

- un élève aide-soignant nommé par le directeur général de l'AP-HP sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés à l'AP-HP ;
- un représentant de la commission médicale d'établissement.

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres, et notamment les représentants des usagers siégeant au conseil de surveillance.

Sont électeurs les fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Le nombre de sièges de suppléants à pourvoir est égal, par collège, à celui des membres titulaires. Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes. La désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans renouvelable. Le directeur général arrête la liste des membres composant la commission.

### **Modalités du scrutin, conditions du vote par correspondance**

La répartition, au sein des collèges, des sièges à pourvoir en commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est arrêtée par la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques après consultation de la commission centrale, de telle sorte qu'y soit assurée une représentation équilibrée des filières paramédicales sur l'ensemble des groupes hospitaliers et hôpitaux hors groupes hospitaliers.

Le nombre de représentants pour chaque groupe hospitalier est déterminé par arrêté du directeur général en fonction du nombre de personnels paramédicaux pris en compte au titre de leur EPRD. Chaque commission locale dispose d'au moins un représentant siégeant à la commission centrale. Les représentants siégeant à la commission centrale sont élus par les membres élus des commissions locales.

Le directeur général peut prévoir par arrêté l'organisation d'un vote effectué exclusivement par correspondance. Les modalités du vote sont conformes à celles prévues pour les élections des membres des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

## **Attributions**

La commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le directeur de la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- la politique de développement professionnel continu.

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur type de l'AP-HP ;
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la santé publique permettant à des professionnels libéraux d'exercer au sein de l'établissement ;
- le rapport annuel portant sur l'activité de l'AP-HP.

## **Modalités de fonctionnement**

La commission se réunit au moins trois fois par an. Elle se dote d'un bureau et d'un règlement intérieur. Ce règlement intérieur détermine notamment l'organisation interne et le fonctionnement de la commission. La commission est convoquée par son président. Cette convocation est de droit à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé. L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du directoire et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission dans un rapport adressé au directoire.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

## 5.2 Commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Les commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont organisées dans chaque groupe hospitalier en conformité avec le Code de la santé publique, et notamment avec ses articles R. 6146-10 et suivants et R. 6147-6 et suivants.

### Composition

La commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est placée sous la présidence du directeur des soins désigné par le directeur du groupe hospitalier. Elle est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle comprend 32 membres élus. Les représentants élus constituant trois collèges :

- collège des cadres de santé ;
- collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques diplômés d'État ;
- collège des aides-soignants.

Chacun des trois collèges est représenté par un nombre de membres qui ne peut être inférieur à 10 % du nombre total des membres élus de la commission.

Participent avec voix consultative aux séances de la commission :

- le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés au groupe hospitalier ;
- un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur du groupe hospitalier sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalier ;
- un élève aide-soignant nommé par le directeur du groupe hospitalier sur proposition des directeurs des instituts de formation ou des écoles rattachés au groupe hospitalier ;
- un représentant de la commission médicale d'établissement locale. Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres, et notamment les représentants des usagers siégeant à la commission de surveillance.

Par exception aux dispositions qui précèdent, la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'hospitalisation à domicile, des hôpitaux Paul-Doumer, San Salvador et d'Hendaye, est composée de 16 membres, les critères de composition de la commission n'étant pas modifiés.

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans, renouvelable.

## **Attributions**

Les attributions de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques locale sont définies à l'article R. 6147-9 du Code de la santé publique. Elle est consultée sur le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalier élaboré par le coordonnateur général des soins.

Elle est informée :

- du règlement intérieur type de l'AP-HP ;
- de la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 du Code de la santé publique permettant à des professionnels libéraux d'exercer au sein du groupe hospitalier ;
- du rapport annuel portant sur l'activité de l'AP-HP.

Les avis de la commission sont transmis à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

## **Désignation des membres**

Le directeur du groupe hospitalier est garant de la bonne organisation de la procédure électorale.

La date de l'élection, fixée par le directeur général, est portée à la connaissance des électeurs dans les conditions fixées à l'article R. 614613 du Code de la santé publique.

Un mois au moins avant cette date, le directeur du groupe hospitalier publie par voie d'affichage les listes d'électeurs et d'éligibles, ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans chaque collège. À compter de la date d'affichage de ces listes, les personnels concernés disposent d'un délai de quinze jours pour en vérifier la validité et demander d'éventuelles rectifications.

Les personnels éligibles doivent faire acte de candidature au plus tard dans les quinze jours suivants la date d'affichage prévue à l'alinéa précédent. Chaque acte de candidature doit comporter le nom, le prénom, le collège, le corps et la signature du candidat, et doit être déposé soit par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, soit par remise en mains propres, auprès du directeur du groupe hospitalier ou son représentant, contre émargement.

Dans les huit jours qui suivent la clôture du dépôt des candidatures, et après vérification de leur validité ou leur rectification éventuelle, la liste des candidats aux différents collèges est publiée par voie d'affichage par le directeur du groupe hospitalier. Le matériel électoral est mis à disposition des électeurs par la direction du groupe hospitalier dans un délai de huit jours avant la date du scrutin.

Le vote par correspondance est admis. Le directeur général peut prévoir par arrêté l'organisation d'un vote effectué exclusivement par correspondance. En cas de vote par correspondance, le bulletin est placé dans une enveloppe de vote, non gommée, vierge de toute inscription, elle-même placée dans une enveloppe d'identification de l'électeur (comportant le nom, le prénom, le collège de rattachement, le corps et la signature de l'électeur). Cette enveloppe cachetée est insérée dans une enveloppe mentionnant l'adresse du destinataire.

Les votes par correspondance doivent parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin. Le directeur tient un registre des votes par correspondance.

La détermination des cas de nullité des suffrages relève des règles de droit commun du droit électoral. En outre, les bulletins comportant plus de noms de candidats que de membres titulaires et suppléants à élire sont nuls.

En cas d'égalité des candidats, les sièges concernés sont attribués au bénéficiaire de celui ayant la plus grande ancienneté dans ses fonctions au sein du groupe hospitalier. Le vote électronique pourra être substitué aux autres modalités électorales dès lors que les conditions techniques de son déploiement seront remplies.

Le procès-verbal des opérations électorales est affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur du groupe hospitalier avant l'expiration de ce délai. À l'issue de ce délai, le directeur proclame les résultats du scrutin.

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris concourt au bon fonctionnement de la commission et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

## ANNEXE 6

# Comités techniques d'établissement central et locaux

## 6.1 Comité technique d'établissement central

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est dotée, conformément à l'article L. 6144-3 du Code de la santé publique, d'un comité technique d'établissement dénommé comité technique d'établissement central.

### Composition

Ce comité technique d'établissement central est présidé par le directeur général ou son représentant, qui peut se faire assister du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote.

Conformément aux dispositions prévues au I de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique, le comité comprend 15 membres titulaires et 15 suppléants. L'effectif pris en considération pour définir leur nombre est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels.

Les représentants du personnel sont élus à la représentation proportionnelle. La désignation des membres titulaires est effectuée dans les conditions suivantes : Chaque organisation syndicale a droit à autant de sièges de représentants titulaires du personnel que le nombre de voix recueillies par elle contient de fois le quotient électoral.

Les sièges de représentants titulaires restants éventuellement à pourvoir sont attribués suivant la règle de la plus forte moyenne.

La durée du mandat des membres du comité central est de quatre ans. Le comité élit un secrétaire parmi ses membres titulaires.

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

### Attributions

Le comité est obligatoirement consulté sur les projets de délibérations du conseil de surveillance concernant :

- le projet d'établissement ;

- les conventions constitutives du centre hospitalier universitaire et les conventions d'association au CHU passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la santé publique ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire, 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 présenté par le directeur général ;
- toute convention intervenant entre l'AP-HP et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'AP-HP.

Il est également obligatoirement consulté sur :

- le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé d'Île-de-France ;
- l'organisation interne de l'AP-HP ;
- les conditions et l'organisation du travail au sein de l'AP-HP, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation, ainsi que le plan de développement professionnel continu ;
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- le règlement intérieur type de l'AP-HP ;
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel ;
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il est également informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, du budget et des décisions relatives aux actions de coopération inter hospitalière et aux réseaux de santé.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité obéissent aux dispositions prévues par les articles R. 6144-68 et suivants du Code de la santé publique.

Ces dispositions prévoient notamment que :

- Le comité établit son règlement intérieur.
- Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai d'un mois.
- La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.
- Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.
- L'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.
- Le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote. Lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.
- Le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire. Un procès-verbal de chaque séance est établi. Signé par le président et le secrétaire, il est transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.
- Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents. Le fait de ne pas prendre part au vote est comptabilisé comme une abstention.
- Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.
- Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance de la commission locale du Conseil de surveillance de l'AP-HP.
- Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours.

- Les avis ou vœux émis par le comité sont transmis au comité technique d'établissement central. Le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux.
- Les séances du comité ne sont pas publiques.
- Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance.
- Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.
- Les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

## 6.2 Comités techniques d'établissement locaux

Un comité technique d'établissement local (CTEL) est institué par le directeur général, en concertation avec le directoire, au sein de chaque groupe hospitalier. Le directeur général institue également un comité technique d'établissement local pour un ou plusieurs pôles d'intérêt commun.

Liste des groupes hospitaliers et hôpitaux où un CTE local est constitué :

- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Saint Louis – Lariboisière, Fernand-Widal (St Louis – Lariboisière – Fernand-Widal)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Nord – Val-de-Seine (Bichat – Beaujon – Louis-Mourier – Bretonneau – Adélaïde-Hautval)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (Avicenne – Jean-Verdier – René-Muret)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Pitié-Salpêtrière – Charles Foix (Pitié-Salpêtrière – Charles-Foix)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Est-Parisien (Tenon – St Antoine – Rothschild – Trousseau – La Roche-Guyon)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Centre (Cochin – Hôtel-Dieu – Broca)
- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Île-de-France – Ouest (Raymond-Poincaré – Berck – Ambroise-Paré – Sainte Périne)

- groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère)
  - groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor (Henri-Mondor – Albert-Chenevier – Émile-Roux – Joffre-Dupuytren – Georges-Clemenceau)
  - groupe hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris-Ouest (Corentin-Celton – Hôpital Européen Georges-Pompidou – Vaugirard-Gabriel-Pallez)
  - groupe hospitalier Hôpital Universitaire Necker Enfants-malades
  - groupe hospitalier Hôpital Universitaire Robert-Debré
- Pôles d'intérêt commun où un CTE local est constitué :
- Service Central des Ambulances (SCA) – Sécurité Maintenance Services (SMS) – Service Central de la Blanchisserie (SCB)
  - Agence Générale des Équipements et Produits de Santé (AGEPS)
  - Siège
  - Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC)

## Composition

La composition du comité local obéit aux mêmes règles que celles relatives au comité technique d'établissement central fixées par le I de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique.

Le comité technique d'établissement local du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun est présidé par le directeur ou son représentant. Il peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote.

Le Comité comprend, outre le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, président, les représentants suivants selon le nombre d'agents dans le groupe hospitalier :

- 100 à 299 agents : 6 membres titulaires et 6 suppléants ;
- 300 à 499 agents : 8 membres titulaires et 8 suppléants ;
- 500 à 999 agents : 10 membres titulaires et 10 suppléants ;
- 1 000 à 1999 agents : 12 membres titulaires et 12 suppléants ;
- 2 000 à 4 999 agents : 15 membres titulaires et 15 suppléants ;
- 5 000 agents et plus : 15 membres titulaires et 15 suppléants.

L'effectif pris en considération pour définir le nombre de membres est celui de l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires et des agents contractuels.

Les sièges sont attribués en conformité avec la règle fixée par les dispositions du II de l'article R. 6144-42 du Code de la santé publique. La durée du mandat des membres du comité local est de quatre ans.

Le comité élit un secrétaire parmi ses membres titulaires.

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

## Attributions

Le comité local est consulté par le directeur du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun sur les sujets suivants :

- l'organisation interne locale du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun ;
- les conditions et l'organisation du travail au sein du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- le bilan social local.

S'ajoutent à ces matières celles prévues par le protocole d'accord-cadre sur le dialogue social signé le 8 juillet 2014.

Les avis émis par le comité local sont transmis au comité technique d'établissement central.

## Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du comité local obéissent aux dispositions des articles R. 6144-68 et suivants du Code de la santé publique. Ces dispositions prévoient notamment que :

- le comité établit son règlement intérieur ;
- les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai d'un mois ;
- la convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance ;
- le comité se réunit au moins une fois par trimestre ;
- l'ordre du jour est fixé par le président. Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel ;
- le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour ;
- les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote ;
- lorsque l'ordre du jour du comité comporte des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité ;
- le comité élit parmi les membres titulaires un secrétaire ;

- un procès-verbal de chaque séance est établi. Il est signé par le président et le secrétaire et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité. Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante ;
- le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion. Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours. Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents ;
- le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés. S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret. Le président ne prend pas part au vote. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée ;
- les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance de la commission de surveillance locale. Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur du groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours ;
- les avis et vœux émis par le comité local sont transmis au comité technique d'établissement central ;
- le comité doit, dans un délai de deux mois, être informé, par une communication écrite du président à chacun des membres, des suites données à ses avis ou vœux ;
- les séances du comité ne sont pas publiques ;
- toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions. Communication doit leur être donnée des pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leurs fonctions au plus tard quinze jours avant la date de la séance ;
- les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux ;
- les membres titulaires et suppléants du comité et les experts convoqués ne perçoivent aucune indemnité du fait de leurs fonctions dans ce comité. Ils sont toutefois indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par la réglementation.

# 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

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) locaux sont organisés en conformité avec le Code du travail, et notamment avec ses articles R. 4615-1 à R. 4615-21. Il est institué un CHSCT local dans les sites et pôles d'intérêt commun suivants de l'AP-HP :

- Antoine-Béclère
- Albert-Chenevier
- Ambroise-Paré
- Armand-Trousseau
- Avicenne
- Beaujon
- Berck
- Bicêtre
- Bichat Claude-Bernard
- Bretonneau
- Broca La Rochefoucauld La Collégiale
- Corentin-Celton
- Vaugirard Gabriel-Pallez
- Charles-Foix
- Adélaïde Hautval
- Cochin
- Émile-Roux
- Georges-Clemenceau
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hedaye
- Henri-Mondor
- Hôtel-Dieu
- Jean-Verdier
- Joffre-Dupuytren
- Lariboisière Fernand-Widal
- La Roche Guyon
- Louis-Mourier
- Necker-Enfants malades
- Paul-Brousse
- Villemin Paul-Doumer
- Pitié-Salpêtrière
- Robert-Debré
- René-Muret/Bigottini
- Raymond-Poincaré
- Rothschild
- San Salvador
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Sainte-Périne–Chardon-Lagache–Rossini
- Tenon
- Hospitalisation à domicile

Pôles d'intérêt commun où un CHSCT local spécifique est constitué :

- Service Central des Ambulances (SCA)/Sécurité Maintenance Services (SMS)
- Service Central des Blanchisseries (SCB)

- Agence Générale des Équipements et Produits de Santé (AGEPS)
- Centre de la formation et du développement des compétences (CFDC)

Un CHSCT local est constitué pour les services du Siège et les pôles d'intérêt commun dépourvus de CHSCT local propre.

## Composition

### a) CHSCT locaux des groupes hospitaliers

Le CHSCT local est présidé par le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci ne puissent prendre part au vote.

Il est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

#### Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

- des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes à raison de :
  - 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
  - 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
  - 6 représentants dans les sites de 500 à 1 499 agents ;
  - 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus ;
- des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes à raison de :
  - un représentant sur les sites comprenant au plus 2 500 agents ;
  - 2 représentants sur les sites de plus de 2 500 agents.

Les représentants des personnels mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein du groupe hospitalier lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local. Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, au sein du groupe hospitalier, à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Les représentants mentionnés au deuxième point sont désignés, en son sein, par la commission médicale d'établissement locale du groupe hospitalier. La commission médicale d'établissement locale peut désigner des représentants distincts pour les différents CHSCT locaux du groupe hospitalier.

### Membres avec voix consultative

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du groupe hospitalier ;
- le directeur chargé des services économiques ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations ;
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupe hospitalier ou son représentant ;
- (le cas échéant) un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

### b) CHSCT local de l'hospitalisation à domicile

Le CHSCT local de l'hospitalisation à domicile (HAD) est présidé par le directeur de l'HAD ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Il est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

#### Membres avec voix délibérative

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant :

- 6 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes ;
- 1 représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes. Les représentants mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein de l'HAD lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations syndicales existant au sein de l'HAD à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

Le représentant mentionné au deuxième point est désigné, en son sein, par le comité consultatif médical de l'HAD.

#### Membres avec voix consultative

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels de l'HAD ;
- le directeur en charge des services économiques de l'HAD ou son représentant ;
- l'ingénieur en charge de l'HAD ou son représentant ;
- le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'HAD.

### **c) CHSCT local des pôles d'intérêt commun**

Chaque CHSCT local de pôle d'intérêt commun est présidé par le directeur du pôle d'intérêt commun ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Chaque CHSCT local est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

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

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes désignés par les organisations syndicales existant au sein du pôle d'intérêt commun lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local, à raison de :

- 3 représentants dans les sites de 199 agents au plus ;
- 4 représentants dans les sites de 200 à 499 agents ;
- 6 représentants dans les sites de 500 à 1499 agents ;
- 9 représentants dans les sites de 1 500 agents et plus.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix moyen recueilli par chacune des organisations syndicales dans chaque pôle d'intérêt commun à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux.

Les membres des CHSCT local sont désignés par les organisations syndicales parmi le personnel du pôle d'intérêt commun lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Le CHSCT local de l'AGEPS comprend en sus un représentant des personnels pharmaciens désigné en son sein par le comité consultatif médical de l'AGEPS.

#### **Membres avec voix consultative**

- le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du pôle d'intérêt commun concerné ;
- le directeur en charge des services économiques pour le pôle d'intérêt commun concerné ou son représentant ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations du pôle d'intérêt commun concerné.

#### **d) CHSCT local du pôle d'intérêt commun « Siège »**

Le CHSCT local du pôle d'intérêt commun « Siège » est présidé par le Directeur du Siège ou son représentant, assisté du ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci puissent prendre part au vote. Le CHSCT local est composé comme suit, conformément aux dispositions prévues par l'article R. 4615-9 du Code du travail.

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

Une délégation de représentants du personnel comportant un nombre égal de titulaires et de suppléants, comprenant 9 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes.

Les représentants des personnels sont désignés par les organisations syndicales parmi le personnel du Siège lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT local. Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, existant au sein du Siège à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne.

##### **Membres avec voix consultative**

- Le(s) médecin(s) du travail chargé(s) de la surveillance médicale des personnels du Siège ;
- le directeur chargé des services économiques du Siège ;
- le directeur du service technique ou, à défaut, le technicien chargé de l'entretien des installations du Siège.

#### **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.

Le CHSCT local est doté des attributions du CHSCT prévus par le Code du travail, il est chargé notamment de :

- veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières ;

- procéder à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les agents ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail, et également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes ;
- contribuer à la promotion de la prévention des risques professionnels dans le site, le groupe hospitalier ou le pôle d'intérêt commun concerné et de susciter toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer notamment des actions de prévention des harcèlements moral et sexuel. En ces matières, le refus du directeur en charge du site, groupe hospitalier ou le pôle d'intérêt commun concerné doit être motivé ;
- procéder, régulièrement, à des inspections, selon une fréquence de ces inspections est au moins égale à celle des réunions ordinaires du CHSCT local ;
- réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Lors des visites de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, les représentants du personnel au CHSCT local sont informés de sa présence par le directeur en charge du site, groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun concerné et peuvent présenter leurs observations. Le CHSCT local est consulté, conformément aux dispositions prévues aux articles L. 4612-8 et suivants du Code du travail :

- avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail ;
- sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L. 2323-13 du Code du travail, sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs ;
- sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14 ;
- sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail ;
- sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur local applicable au site, groupe hospitalier ou pôle d'intérêt commun concerné ;

- sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le directeur en charge du site, groupe hospitalier ou pôle d'intérêt commun concerné, le comité technique d'établissement local ou les représentants du personnel.

## Modalités de fonctionnement

Le secrétaire du CHSCT local est choisi en son sein parmi les représentants du personnel ayant voix délibérative. La direction en charge du site, groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun concerné l'assiste dans ses fonctions.

Le CHSCT local se réunit au moins quatre fois par an et après chaque accident ou maladie professionnelle grave ayant entraîné une incapacité permanente ou le décès de la victime ou à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel. Ces réunions ont lieu au sein du site, groupe hospitalier ou du pôle d'intérêt commun concerné, à l'initiative du président du comité. L'ordre du jour de chaque réunion est établi par le président et le secrétaire, en application de l'article R. 4614-3 du Code du travail. Il est transmis par le président aux membres du CHSCT local et à l'inspecteur du travail. Cette transmission est faite, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence, quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion. Lorsqu'une réunion du CHSCT local comporte l'examen de documents écrits, ceux-ci sont joints à l'envoi de l'ordre du jour. Les décisions du CHSCT local portant sur ses modalités de fonctionnement et l'organisation de ses travaux sont adoptées à la majorité des membres présents. Il en est de même pour les résolutions que le CHSCT adopte. Les membres du CHSCT local sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président. Le CHSCT local peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne de l'AP-HP qui lui paraîtrait qualifiée. L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT et peut y assister.

Le directeur du groupe hospitalier peut réunir en séance commune, en tant que de besoin, les membres des CHSCT locaux relevant du groupe hospitalier. Cette réunion est le cas échéant organisée avec l'accord des secrétaires des CHSCT locaux concernés du groupe hospitalier. Le directeur du groupe hospitalier préside cette séance commune, assisté de ou des collaborateurs de son choix. Un secrétaire est élu en début de cette séance.

## 7.2 Le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail central

Un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central est institué à l'AP-HP afin de coordonner l'activité des différents CHSCT locaux, en conformité avec le premier alinéa de l'article L. 4613-4 du Code du travail.

### Composition

Le CHSCT central est présidé par le directeur général de l'AP-HP ou son représentant, assisté par les collaborateurs de son choix, dont notamment :

- le médecin responsable du service central de santé au travail ;
- le directeur de la direction centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un professeur des universités praticien hospitalier chargé de l'enseignement de l'hygiène.

Assistent avec voix délibérative :

- 9 représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes ;
- 2 représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes.

La délégation de personnel comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants.

Les représentants des personnels mentionnés au premier point sont désignés par les organisations syndicales existant au sein de l'AP-HP lors de la constitution ou du renouvellement du CHSCT central.

Les sièges sont attribués proportionnellement au nombre de voix recueilli par chacune des organisations syndicales, au sein de l'AP-HP, à l'occasion du renouvellement des comités techniques d'établissements locaux. Lorsqu'il reste des sièges à pourvoir, les sièges restants sont attribués sur la base de la plus forte moyenne. Les représentants mentionnés au deuxième point sont désignés par la commission médicale d'établissement de l'AP-HP en son sein.

Le CHSCT central peut faire appel à titre consultatif au concours de toute personne de l'AP-HP qui lui paraîtrait qualifiée. L'inspecteur du travail est prévenu de toutes les réunions du CHSCT central et peut y assister.

### Compétences

Le CHSCT central assure la coordination des CHSCT locaux. À ce titre, il reçoit les rapports des CHSCT locaux et les examine. Il en dégage des conclusions et suggère les mesures propres à pallier les difficultés ou les déficiences signalées. Le CHSCT central se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le directeur général de l'AP-HP,

le comité technique d'établissement central ou les représentants du personnel. Le CHSCT central est consulté sur les documents se rattachant à sa mission, et notamment sur le règlement intérieur type de l'AP-HP.

## Modalités de fonctionnement

Le secrétaire du CHSCT central est choisi parmi les représentants du personnel en son sein. La direction des ressources humaines de l'AP-HP l'assiste dans ses fonctions.

Le CHSCT central peut donner aux CHSCT locaux toutes directives pour l'étude prioritaire de problèmes entrant dans leurs attributions et présentant un caractère urgent ou important. Elle peut également faire des recommandations aux CHSCT locaux pour l'exercice de leur mission. Le CHSCT central peut constituer en son sein des commissions d'étude ou d'enquête ou des groupes de travail dont il détermine la composition et les missions. Un ou plusieurs représentants des organisations syndicales du personnel doivent obligatoirement être désignés pour participer aux travaux de ces commissions ou groupes de travail.

Le CHSCT central attribue à des groupes de travail l'étude et la synthèse des rapports adressés par les CHSCT locaux sur chacune des questions qu'il leur a été suggéré d'examiner. Chaque groupe de travail désigne en son sein un rapporteur chargé de présenter au CHSCT central le résultat des travaux et les conclusions du groupe sur le problème examiné.

Les rapports et propositions préparés par les groupes de travail, les commissions d'étude ou d'enquête sont soumis au CHSCT central qui, après étude et discussion, formule un avis technique sur les solutions à apporter aux problèmes posés et suggère les mesures qui lui paraissent de nature à y remédier. Les mesures préconisées sont portées à la connaissance des services compétents et des comités techniques d'établissement locaux. Le CHSCT central est tenu informé des dispositions susceptibles d'être prises consécutivement aux orientations données à la suite de ses travaux. Le CHSCT central se réunit au moins quatre fois par an à l'initiative du directeur général de l'AP-HP ou à la demande de deux de ses membres représentants du personnel. Les membres du CHSCT central sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président du comité.

# Commissions des relations avec les usagers

## 8.1 Commission centrale de concertation avec les usagers

Il est institué au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris une commission centrale de concertation avec les usagers conformément à l'article 126 du présent règlement intérieur.

### Composition

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

#### Membres avec voix délibérative

- le directeur général de l'AP-HP, président, ou son représentant ;
- Le directeur de la direction des patients, des usagers et des associations, ou son représentant ;
- les deux représentants des usagers membres du conseil de surveillance ;
- deux représentants des usagers issus des Commissions des usagers locales ;
- le représentant des familles accueillies dans les hôpitaux et unités de soins de longue durée (USLD) participant avec voix consultative au conseil de surveillance ;
- le médiateur médecin de l'AP-HP, coordonnateur des médiateurs médecins ;
- le médiateur non médecin de l'AP-HP, coordonnateur des médiateurs non médecins ;
- un médiateur médecin local ;
- un médiateur non médecin local ;
- deux représentants de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, dont son président ;
- un collaborateur paramédical de chef de pôle ;
- un directeur en charge de la qualité et de la gestion des risques au sein d'un groupe hospitalier ;
- deux représentants de la commission médicale d'établissement choisis par le président de cette commission et deux suppléants ;
- un médecin chef de pôle choisi par le président de la commission médicale d'établissement ;
- la coordinatrice centrale du service social hospitalier ;
- un cadre responsable de service social hospitalier local ;

- un chargé des relations avec les usagers et les associations au sein d'un groupe hospitalier ;
- deux directeurs de groupe hospitalier et deux suppléants ;

En ce qui concerne les représentants des usagers issus des Commissions des usagers locales, les représentants de la commission médicale d'établissement et les directeurs de groupe hospitalier, seuls les membres titulaires, ou en cas d'empêchement leurs suppléants munis de pouvoirs, ont voix délibérative.

#### • Membres avec voix consultative

- un représentant de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
- un représentant de la direction des affaires juridiques.

#### • Invités permanents

- le représentant de toute autre direction particulièrement concernée par un sujet ou un projet que la commission souhaite aborder.

Les modalités de désignation des quatre représentants des usagers issus des Commissions des usagers locales sont les suivantes : à l'initiative du directeur général, un appel à candidatures est effectué auprès des représentants des usagers siégeant dans les Commissions des usagers locales à la date de la composition de la commission centrale de concertation des usagers et à chaque renouvellement de mandat ; une liste de candidats est ensuite élaborée. Un scrutin unique est organisé auprès de tous les représentants des usagers titulaires et suppléants siégeant au sein des Commissions des usagers locales. Les deux candidats qui ont emporté la majorité des voix sont désignés.

Le directeur général arrête la composition de la commission.

La durée du mandat des membres est fixée à trois ans renouvelable. Cependant, le mandat des membres de la commission prend fin à l'achèvement du mandat ou des fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

## Missions

La commission centrale de concertation avec les usagers a pour mission générale de conduire le dialogue institutionnel avec les usagers et de formuler des recommandations en vue de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers et de la promotion de leurs droits. Elle a notamment les missions suivantes :

- animer un dialogue et débattre avec les représentants des usagers ;
- contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des usagers ;

- contribuer à l'élaboration du programme d'action relatif à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, prévu à l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique ;
- veiller au bon fonctionnement des Commissions des usagers locales au sein des groupes hospitaliers ;
- examiner tout sujet afférent aux usagers et à leurs droits, issu de l'analyse des plaintes et réclamations et des rapports des Commissions des usagers locales ou porté à la connaissance des membres de la commission, y compris à dimension éthique, ou à l'initiative du directeur général ;
- élaborer des recommandations sur les sujets examinés ;
- proposer des plans d'actions, accompagnés de mesures de suivi et d'évaluation ;
- élaborer un rapport annuel de ses travaux comprenant notamment la synthèse annuelle des rapports des Commissions des usagers locales, qui est transmis à la commission médicale d'établissement.

La commission exerce ses missions en collaboration avec la commission médicale d'établissement sur les sujets qui relèvent de sa compétence ainsi qu'avec les commissions et comités en charge de la qualité, de la sécurité des soins et de l'accueil et de la prise en charge des usagers présentées à l'**annexe 9** du présent règlement et la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques présentée en **annexe 6** du présent règlement intérieur.

## Fonctionnement

La direction des patients, des usagers et des associations assure le pilotage et la coordination des travaux de la commission.

La commission se réunit au moins tous les trois mois et aussi souvent que nécessaire sur convocation de son président.

Les membres sont convoqués au moins quinze jours à l'avance.

L'ordre du jour est arrêté par le président, sur proposition des membres de la commission.

Il est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

La commission délibère valablement, sous la présidence du directeur général, sur les recommandations et les propositions qu'elle souhaite émettre ainsi que sur son rapport annuel, lorsqu'au moins la moitié de ses membres ayant voix délibérative est présente.

La commission peut être élargie à toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour. Elle peut constituer tout groupe de travail et faire appel à toute personne qualifiée en lien avec les sujets considérés. Le président peut demander à un représentant de la

commission de présenter toute communication de son choix devant le directoire. Il peut demander à la commission d'examiner ou d'instruire des demandes formulées par le directoire.

## 8.2 Commissions des usagers locales

Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue une commission des usagers, dans les hôpitaux constituant les groupements d'hôpitaux et dans les hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupement d'hôpitaux. Il en organise la coordination au sein des mêmes groupements conformément à l'article R. 1112-81-III du Code de la santé publique. Une commission des usagers est constituée pour chacun des sites suivants de l'AP-HP :

- Antoine-Béclère
- Ambroise-Paré
- Armand-Trousseau
- Avicenne
- Beaujon
- Berck
- Bicêtre
- Bichat Claude-Bernard
- Bretonneau
- Broca – La Rochefoucauld – La Collégiale
- Corentin-Celton
- Vaugirard Gabriel-Pallez
- Charles-Foix
- Cochin I
- Émile-Roux
- Georges-Clemenceau
- Hôpital européen Georges-Pompidou
- Hôpital marin d'Hendaye
- Henri-Mondor Albert-Chenevier
- Hospitalisation à domicile
- Hôtel-Dieu
- Jean-Verdier
- Joffre-Dupuytren
- Lariboisière Fernand-Widal
- La Roche Guyon
- Louis-Mourier
- Necker Enfants-malades
- Paul-Brousse
- Paul-Doumer
- Pitié-Salpêtrière
- Robert-Debré
- René-Muret
- Raymond-Poincaré
- Rothschild
- Émile-Roux San Salvador
- Saint-Antoine
- Saint-Louis
- Sainte-Périne Chardon Lagache Rossini
- Tenon

## Composition

La Commission des usagers locale comprend :

- le directeur du groupe hospitalier ou son représentant ;
- un médiateur médecin et son suppléant, désigné par le directeur du groupe hospitalier ;
- un médiateur non médecin et son suppléant, désigné par le directeur du groupe hospitalier ;
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur de l'agence régionale de santé.

Peuvent assister aux séances de la commission locale, avec voix consultative :

- le chargé des relations avec les usagers et les associations au sein du groupe hospitalier ;
- le président de la commission médicale d'établissement locale ou le représentant qu'il désigne parmi les membres de cette commission ;
- un représentant de la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le président de cette commission parmi ses membres ;
- un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique local d'établissement en son sein ;
- un représentant de la commission de surveillance et son suppléant, choisis parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées ;
- le directeur chargé de la politique qualité et de la gestion des risques au sein du groupe hospitalier ;
- un représentant des familles accueillies dans les unités de soins de longue durée (USLD), pour les hôpitaux concernés.

Peuvent également assister aux séances de la commission locale :

- les suppléants du médiateur médecin, du médiateur non médecin et des représentants des usagers, y compris en présence des membres titulaires,
- le cas échéant les agents chargés de l'animation et de la coordination des structures dédiées à l'accueil des usagers (maisons des usagers, maisons des associations, maisons d'information en santé, ...) sur invitation du président de la commission.

La commission locale peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Le directeur du groupe hospitalier arrête la composition de la commission.

La liste nominative des membres de la commission locale est arrêtée par le représentant légal de l'hôpital, affichée sur les différents sites du groupe hospitalier et précisée dans le livret d'accueil.

## Missions

La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée au sein du site hospitalier dont elle relève, en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'hospitalité, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches.

A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées au groupe hospitalier et concernant le site hospitalier par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables du groupe hospitalier sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues à l'article 124 du règlement intérieur type de l'AP-HP la commission examine les plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par le groupe hospitalier pour y remédier.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet, elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;

- une synthèse des réclamations et plaintes adressées au groupe hospitalier et concernant le site par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;

- le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels le groupe hospitalier satisfait à ces demandes ;

- le résultat des enquêtes et audits concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;

- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre le groupe hospitalier par les usagers ;

- une présentation, au moins une fois par an, des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 survenus au cours des douze mois précédents ainsi que les actions menées par le groupe hospitalier pour y remédier ;

- les informations relatives aux événements indésirables graves, à leur analyse et aux mesures correctives garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés ;

- les observations des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an, en ce qui concerne le groupe hospitalier.

A partir notamment de ces informations, la commission :

- procède à une appréciation des pratiques du groupe hospitalier concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;

- recense les mesures adoptées au cours de l'année en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact des plans d'actions mis en œuvre ;

- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers.

La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes.

Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis à la commission de surveillance du groupe hospitalier quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle cette dernière délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1° de l'article R.1112-80, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

- La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers au sein du site hospitalier et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant au sein du site hospitalier.

Ce projet exprime les attentes et propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. Il s'appuie sur les rapports d'activité établis annuellement par la commission. La commission médicale d'établissement locale contribue à son élaboration. Il est transmis par la commission des usagers au directeur général pour contribution à l'élaboration du projet d'établissement.

La commission de surveillance du groupe hospitalier délibère au moins une fois par an sur la politique du groupe hospitalier en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base des rapports présentés par les commissions des usagers.

Toute analyse, tout rapport, toute proposition ou communication réalisé par la commission et relatif aux plaintes, réclamations et événements indésirables graves garantit le respect de l'anonymat du patient et du professionnel concerné.

Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5.

## **Fonctionnement**

La commission locale se réunit en formation plénière au moins quatre fois par an sur convocation de son président. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Le directeur du groupe hospitalier réunit au moins une fois par an en séance commune l'ensemble des commissions locales du groupe.

Le président de la commission locale arrête l'ordre du jour et le transmet aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion.

La commission locale dispose d'un règlement intérieur.

Dans le cadre de ses compétences, elle peut avoir accès aux données relatives aux plaintes ou réclamations adressées à l'hôpital ou au groupe hospitalier, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit, si elle est décédée.

Les membres de la commission locale sont astreints au secret professionnel.

Elle se réunit en formation restreinte aussi souvent que nécessaire, pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises. La Commission locale fixe la liste des membres et les modalités de travail de sa formation restreinte.

## **Président – Vice-Président**

La présidence de la commission peut être assurée par le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, par un médiateur ou par un représentant des usagers.

Le président est élu parmi les membres titulaires, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres avec voix délibérative composant la commission.

Le vote a lieu au scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La commission des usagers élit dans les mêmes conditions un vice-président parmi les membres suivants : le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, un médiateur titulaire ou un représentant des usagers titulaire.

Le vice-président ne peut être élu dans la même catégorie que le président. Son mandat est renouvelable deux fois.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission des usagers, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

## ANNEXE 8 bis

# Comité de certification de l'AP-HP

## Art. 1 Missions du comité de certification

Le comité de certification de l'AP-HP :

- définit et valide les modalités d'organisation au sein de l'AP-HP pour chaque procédure de certification ;
- s'assure que les organisations en place et les équipes « qualité » sont en situation d'assurer ces démarches dans les groupes hospitaliers et les hôpitaux hors groupe hospitalier
- formule des recommandations pour la conduite de la certification à l'AP-HP et veille à leur application ;
- est tenu informé du déroulement des différentes étapes de la procédure au sein de l'AP-HP ;
- examine les attentes et avis de la HAS et analyse les différents résultats ;
- instruit les évaluations et actions nécessaires à son bon déroulement ;
- suit les mesures à prendre suite aux visites de certification.

## 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 directeur général adjoint de l'AP-HP ;
- la directrice générale des soins ;
- les directeurs des directions fonctionnelles du siège en fonction de l'ordre du jour ;
- les experts en certification de la DOMU ;
- 1 représentant des usagers ;
- 1 représentant des experts visiteurs de l'AP-HP ;
- 2 directeurs de groupes hospitaliers ;
- 1 président de CMEL ;

- 1 médecin impliqué dans la certification au sein des groupes hospitaliers ;
- 1 directeur « qualité » de groupe hospitalier ;
- 1 directeur des soins de groupe hospitalier.

### **Art. 3 Organisation et fonctionnement du comité de certification**

Le comité de certification de l'AP-HP se réunit au moins 2 fois par an et en tant que de besoin, à la demande de son président, de la majorité de ses membres, sur la base d'un ordre du jour établi par le président du comité.

L'ordre du jour est diffusé aux membres 15 jours avant la séance.

Il peut être saisi par la commission médicale d'établissement de toute question relative à la qualité et la sécurité des soins.

Le comité peut faire appel à d'autres intervenants en fonction de ses priorités ainsi qu'à des groupes de travail spécifiques si besoin.

Le comité ne peut valablement délibérer qu'en présence d'au moins un tiers de ses membres permanents.

Le secrétariat du comité est assuré par les experts « Certification » de la DOMU.

## ANNEXE 9

# Instances centrales et locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Les instances centrales et locales relatives à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers concourent à l'élaboration et au suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité des soins sous l'égide de la commission médicale d'établissement et de son président, premier vice-président du directoire.

Ainsi qu'il l'est indiqué à l'**article 4** du présent règlement, le directeur général et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement, en concertation avec la commission médicale d'établissement, les modalités de coordination de ces instances, dans le respect de leurs attributions respectives.

Les instances centrales et locales conduisent par ailleurs leurs missions en lien étroit avec les commissions centrales et locales des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi qu'avec les CRUQPC locales visées à l'**article 127**.

Leurs rapports annuels respectifs sont pris en compte dans le programme d'actions pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, assorti d'indicateurs de suivi que la commission médicale d'établissement propose au directeur conformément à l'article L. 6144-1 du Code de la santé publique.

Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et un référent en antibiothérapie sont nommés par le directeur général en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement.

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

Les instances centrales suivantes sont instituées au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

- le comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;

- le comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) ;
- le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- la cellule Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (C-QSS-CAPCU).

## 9.1.1 Composition et missions

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

#### Composition

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

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- un praticien désigné en son sein par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- les présidents de comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN) de chaque groupe hospitalier ou hôpital ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier ;
- quatre praticiens hygiénistes ;
- deux cadres de santé infirmiers ou infirmiers hygiénistes ;
- le représentant du service central de médecine et santé au travail ;
- le délégué à la prévention des infections nosocomiales ;
- le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le cadre infirmier de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière du Siège ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;
- le référent en antibiothérapie ;
- un représentant de la direction générale ;
- une personne référente au sein du siège en matière logistique ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction des affaires juridiques ;
  - direction économique, financière de l'investissement et du patrimoine ;
  - direction des ressources humaines ;
  - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
  - direction des soins et des activités paramédicales.

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

Le directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales Paris-Nord ou son représentant est invité à titre permanent.

## **Missions**

Le comité central de lutte contre les infections nosocomiales :

- coordonne l'action des professionnels de l'AP-HP s'agissant de la prévention des infections nosocomiales et du risque infectieux lié aux soins, de la surveillance de ces infections et de leur signalement, de la définition d'actions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels de l'AP-HP en cette matière, de l'évaluation périodique de ces actions de lutte ainsi que du bon usage des antibiotiques ;
- prépare, chaque année, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière centrale, le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;
- se prononce sur le rapport annuel d'activité de lutte contre les infections nosocomiales préparé par l'équipe opérationnelle d'hygiène du Siège. Ce rapport d'activité peut être consulté sur place, sur simple demande ; il comporte le bilan des activités et un tableau de bord composé d'indicateurs ;
- définit, en relation avec les professionnels de soins, les méthodes et les indicateurs adaptés aux activités de l'AP-HP permettant l'analyse et le suivi des risques infectieux liés aux soins ;
- participe à l'évaluation des pratiques dans les domaines la concernant ;
- est consultée lors de la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections nosocomiales au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

## **Comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS)**

### **Composition**

Le comité des vigilances et des risques associés aux soins est composé comme suit :

- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins ;

- les présidents des comités locaux des vigilances et des risques médicaux associés aux soins des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier ;
- un représentant du directeur général ;
- un représentant de la fédération de pharmacovigilance d'Île-de-France ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- des représentants des directions du Siège suivantes :
  - 2 représentants de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités dont le responsable de la gestion des risques et de la coordination des vigilances au sein de cette direction ;
  - un représentant de la direction des affaires juridiques ;
  - un représentant de la direction des soins et des activités paramédicales.

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

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

## Missions

Le comité :

- propose une politique institutionnelle d'amélioration de la sécurité des patients et des vigilances ;
- propose, en les priorisant, un programme annuel d'actions et en définit les modalités d'accompagnement et d'évaluation ;
- assure les interfaces utiles à la sécurité des patients avec les différents secteurs opérationnels en charge au sein de l'AP-HP des risques techniques, logistiques et des ressources humaines ;
- promeut des actions de formation et d'évaluation s'agissant des démarches méthodologiques et des outils de gestion des risques associés aux soins ;
- diffuse, après évaluation, les mesures de sécurité de portée générale, à partir de l'analyse des signalements internes ou externes ;

- transmet au président de la commission médicale d'établissement ainsi qu'à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

## **Comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP)**

### **Composition**

Le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs est composé comme suit :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- les présidents des « CLUD-SP » des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier ou leurs représentants ;
- un représentant de la collégiale des infirmiers diplômés d'État « consultants douleur » ;
- un représentant de la collégiale des soins palliatifs ;
- un représentant de la collégiale des médecins de la douleur d'Île-de-France ;
- un représentant de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- un représentant de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- un représentant des équipes mobiles de soins palliatifs ;
- un représentant des unités de soins palliatifs ;
- un représentant de l'inter-CLUD gériatrique de l'AP-HP ;
- un représentant des professionnels spécialisés dans la prise en charge pédiatrique ;
- un infirmier expert dans le domaine d'action du comité ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
  - direction des soins et des activités paramédicales.

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

Un représentant du comité technique d'établissement central titulaire et un représentant du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central titulaire, désignés respectivement par ces instances, sont invités à la séance de présentation du bilan annuel du comité.

### **Missions**

Le comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs, dans ses domaines d'action :

- propose la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en matière de douleur, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie ;
- apporte un appui méthodologique et veille, en lien avec la procédure de certification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des actions d'amélioration de la qualité des prises en charge et des pratiques professionnelles engagées par l'AP-HP ;
- assure un rôle d'observatoire des prises en charge au sein de l'AP-HP en vue d'élaborer une politique adaptée à la diversité des populations prises en charge ;
- propose les thèmes prioritaires et les contenus des formations initiales et des formations continues des médecins et des paramédicaux ;
- propose les grands axes de la recherche dans le domaine d'action du comité ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement ainsi qu'à la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques son bilan annuel d'activité ainsi que ses avis et propositions d'actions.

## Comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)

### Composition

Le comité central de liaison en alimentation et nutrition est composé comme suit :

- les présidents des CLAN locaux des groupes hospitaliers et des hôpitaux ne faisant pas partie d'un groupe hospitalier ;
- les vice-présidents, cadres diététiciens des CLAN locaux ;
- le médecin responsable au sein de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de la coordination des CLAN locaux de l'AP-HP ;
- le cadre de santé diététicien du siège de l'AP-HP ;
- un biologiste spécialisé en nutrition et un pharmacien de site hospitalier ;
- une personne référente au sein du siège en matière logistique ;
- un responsable local de la restauration ;
- des médecins spécialisés dont :
  - un anesthésiste-réanimateur ;
  - un spécialiste de la nutrition parentérale au long cours ;
  - un spécialiste de la prise en charge des troubles des comportements alimentaires ;
  - un médecin ou chirurgien spécialisé dans la prise en charge de l'obésité morbide ;
- un expert en santé publique ;

- un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s par la direction des soins et des activités paramédicales ;
- le vétérinaire du pôle d'intérêt commun ACHAT ;
- un représentant des usagers ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités ;
  - direction des soins et des activités paramédicales ;
  - direction des patients, usagers et associations ;
- un praticien désigné en son sein par la CME.

Les présidents du CLIN, du CLUD-SP, du COMEDIMS et du COVIRIS, ainsi que le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont invités à titre permanent. Toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances par le bureau du CLAN central.

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

## Missions

Le comité central de liaison en alimentation et nutrition :

- propose la politique nutritionnelle de l'AP-HP et notamment des mesures et actions permettant d'améliorer le dépistage, la prévention, la prise en charge nutritionnelle des patients et d'assurer la qualité et la sécurité de la prestation alimentaire et de la nutrition thérapeutique ;
- propose un programme annuel d'actions et y inclut des indicateurs de suivi ;
- veille à la cohérence des actions menées par les différents secteurs opérationnels dans les domaines de la nutrition et l'alimentation : politique médicale, logistique, soins et nutrivigilance, droits du patient, HAD, liaison avec la ville ;
- apporte un appui méthodologique aux différents professionnels concernés ;
- propose les thèmes prioritaires et les contenus des formations continues des médecins et paramédicaux ;
- propose les grands axes de la recherche en nutrition clinique au sein de l'AP-HP ;
- transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et ses propositions d'actions.

## Commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

### Composition

La commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est composée comme suit :

- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- le président du CEDIT ou son représentant ;
- le président de la commission centrale des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques ou son représentant ;
- le directeur de l'AGEPS ou son représentant ;
- le directeur des achats de l'AGEPS ou son représentant ;
- le chef du service d'évaluation pharmaceutique et bon usage de l'AGEPS ;
- 20 médecins et pharmaciens désignés par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant de la commission centrale de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- le responsable de la coordination régionale de pharmacovigilance ou son représentant ;
- un préparateur en pharmacie ;
- un représentant des directions du Siège suivantes :
  - direction économique et financière, de l'investissement et du patrimoine ;
  - direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités.

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

À la demande du président de la commission médicale d'établissement, du président du COMEDIMS ou à celle du comité, toute personne ayant compétence dans le domaine d'attribution du comité peut être invitée à ses séances. Les présidents du CLIN, du CLUD-SP et du CLAN, ainsi que le responsable central du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont invités à titre permanent.

La COMEDIMS travaille en lien étroit avec le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

### Missions

La commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) a pour mission :

- d'élaborer un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et d'en dresser le bilan ;

- de proposer en lien avec la CME, la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles de l'AP-HP ;
- d'établir la liste des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux stériles) qui pourront être mis à disposition à l'AP-HP après accord sur le prix dans le cadre d'un marché négocié, ou après mise en concurrence dans le cadre d'un appel d'offres, en lien, en cas de besoin, avec les structures d'évaluation nationales ou de l'AP-HP sur les produits de santé (évaluation des nouveaux produits, réévaluation de produits, révision de classes, recherche de consensus) ;
- d'émettre des recommandations en matière de prescription et de bon usage et de juste prescription :
  - dont des recommandations sur les équivalences thérapeutiques ;
  - et des actions de suivi médico-économique sur des thèmes ciblés ;
- de contribuer dans le cadre de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament :
  - à l'application des plans de minimisation des risques définis dans le cadre des plans de gestion des risques des AMM des médicaments ;
  - à l'identification des situations de prescription hors AMM et d'en déduire les conséquences en termes d'informations aux prescripteurs et de propositions de modifications de libellés d'AMM (avec ou sans réalisation de programme de recherche clinique par PHRC) ;
- de favoriser l'évaluation des dispositifs médicaux et l'accès à l'innovation pour les dispositifs médicaux « innovants » et/ou coûteux par la réalisation d'essais cliniques de recherche biomédicale et la mise en place de registres (interfaces avec des structures AP-HP dont CEDIT et Centre d'évaluation du dispositif médical (CEDM)) ;
- de contribuer au développement du nouveau système d'information patient (ORBIS), et notamment de :
  - définir et valider les informations et des alertes devant être disponibles pour le prescripteur et notamment celles permettant l'identification des situations thérapeutiques à haut risque (allergies, insuffisance rénale, ...) ;
  - aider à la mise à jour du livret thérapeutique pour les nouveaux médicaments ;
  - valider les protocoles d'administration (harmonisation au sein de l'AP-HP) ;
  - favoriser la réalisation d'études pharmaco-épidémiologiques ;
  - étudier les modalités d'intervention d'ORBIS pour favoriser la détection des effets indésirables ou erreurs médicamenteuses, en vue de leur analyse et éventuelle notification ;
- de renforcer les coopérations avec les COMEDIMS des groupes hospitaliers.

Elle transmet au président de la commission médicale d'établissement son bilan annuel d'activité, ses avis et propositions d'actions.

## **9.1.2 Fonctionnement : dispositions communes aux instances centrales relatives à la qualité et à la sécurité des soins**

### **Durée du mandat des membres**

Les membres permanents de chaque instance centrale, autres que les membres de droit, sont désignés, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences. Leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

### **Présidence et vice-présidence**

Les présidents de chaque instance et leurs vice-présidents sont désignés parmi les membres respectifs de chaque instance, pour une durée de quatre ans renouvelable, par le directeur général, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, à raison de leurs qualifications, compétences et expériences. La commission médicale d'établissement en est informée.

Les présidents dirigent les réunions de ces instances. Ils sont chargés de veiller à l'application du présent règlement intérieur. Ils assurent la bonne tenue des débats et la discipline des réunions. Ils veillent à ce que tous les membres de l'instance puissent s'exprimer et à ce que le temps de parole soit réparti équitablement.

Les vice-présidents assistent les présidents ; ils siègent et participent aux votes dans les mêmes conditions qu'un membre titulaire.

En cas d'empêchement temporaire des présidents, les vice-présidents les suppléent et disposent dans ce cas de toutes les prérogatives des présidents.

### **Secrétariat**

Les instances disposent d'un secrétariat.

La direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités assure le secrétariat des différentes instances excepté celui de la commission centrale chargée du médicament et des dispositifs médicaux stériles, dont le secrétariat est assuré par l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS).

Le secrétariat est chargé d'apporter l'aide scientifique et administrative nécessaire au bon fonctionnement des instances, ainsi que le soutien à la conduite des projets et programmes de chaque instance.

Il veille notamment à la mise à jour des arrêtés de composition de chaque instance. Chaque secrétariat conserve tout document issu des instances concernées.

### **Fréquence des réunions**

Chaque instance se réunit au moins trois fois par an à l'initiative de son président, qui en fixe l'ordre du jour.

### **Convocation et ordre du jour**

L'ordre du jour est établi par le président de chaque instance.

Sauf urgence, huit jours avant la séance, une convocation informant du lieu, de la date, des horaires et de l'ordre du jour est adressée à chaque membre de l'instance concernée par courrier papier et/ou par courrier électronique ainsi que les documents à examiner en séance.

En cas d'urgence, le délai de huit jours peut être diminué, et les documents relatifs à la question traitée peuvent être remis en séance.

### **Absence et représentation**

Au sein de chaque instance, les membres de droit siègent eux-mêmes ou font connaître au secrétariat le nom de la personne qui les représentera.

Les membres titulaires nommés font connaître au secrétariat des instances leur empêchement de siéger dans les plus brefs délais suivant la réception de leur convocation.

S'il est constaté qu'un membre ne participe pas régulièrement aux travaux des instances, son président peut proposer son remplacement. Cette mesure n'intervient qu'après notification préalable par courrier au membre concerné, qui est appelé à faire valoir ses observations. Le remplaçant est nommé dans les mêmes formes que les autres membres.

### **Feuille de présence**

Tous les participants aux séances des instances signent une feuille de présence, préparée par le secrétariat de l'instance concernée, mentionnant leur nom et qualité.

### **Participation aux réunions de personnes non membres des instances**

Toute personne non membre de l'instance ne peut assister à une réunion qu'avec l'accord du président de l'instance concernée.

Des personnes extérieures, notamment des stagiaires, peuvent exceptionnellement assister en nombre restreint à une séance d'une instance avec l'accord préalable de son président. Il est fait état de la présence de ces personnes en début de séance afin de s'assurer qu'elle ne suscite pas d'objection de la part des membres de l'instance concernée. Ces personnes doivent respecter la confidentialité.

### Audition des personnes qualifiées

Les instances ont la faculté d'entendre toutes personnes qualifiées. Ces personnes sont désignées au cas par cas, en fonction des dossiers.

### Modalités d'adoption des avis

Après clôture des débats au sein de chaque instance, le président formule s'il y a lieu les propositions d'avis sur lesquelles il s'agit de délibérer.

En toute matière, il ne peut être procédé à la mise en délibération avant que le président ait invité à prendre la parole ceux des membres qui souhaiteraient s'exprimer.

Pour chaque dossier, l'avis est adopté après constat d'un consensus par le président ou à l'issue d'un vote. En cas d'adoption par consensus, c'est-à-dire en l'absence de toute opposition ou objection sur le dossier évoqué, le compte rendu de séance mentionne que la délibération est prise à l'unanimité.

En cas de vote, celui-ci a lieu à main levée sauf si l'un des membres demande qu'il ait lieu à bulletin secret.

Le résultat des votes est acquis à la majorité des suffrages exprimés (déduction faite des abstentions). Les détails des votes et les explications des votes, y compris les opinions minoritaires le cas échéant, sont consignés dans le compte rendu de réunion.

### Compte rendu de séance Rédaction

Un compte rendu est rédigé à l'issue de chaque séance par le secrétariat de chaque instance. Le compte rendu contient notamment les éléments suivants :

- la date de la réunion ;
- le nom des participants avec un classement par qualités (membres, rapporteurs, experts, évaluateurs...);
- les questions traitées au cours de la séance ;
- la mention des conflits d'intérêts élevés, le cas échéant, leur nature et leur conséquence en termes de non-participation au traitement du dossier en cause du membre concerné ;
- les détails des votes et les explications des votes, y compris, le cas échéant les opinions minoritaires.

### Approbation

Pour chaque instance, le compte rendu de séance fait l'objet d'une approbation formelle en début de séance suivante, ou par écrit en cas de nécessité.

En cas de contestation ou de réserve émise par l'un des participants concernant la rédaction du compte rendu, il en est fait mention dans le compte rendu définitif.

Pour toutes les instances, l'adoption du compte rendu de la séance précédente doit faire l'objet d'un paragraphe dans ce nouveau compte rendu avec précision des modifications à apporter.

La version finale du compte rendu adopté est adressée à tous les membres de chaque instance au plus tard huit jours avant la séance suivante de l'instance concernée.

### **Conflits d'intérêt et confidentialité des données**

Chaque instance met en œuvre une procédure de prévention et de gestion des conflits d'intérêt.

Les membres sont tenus par ailleurs au respect de la confidentialité des données qui leur sont communiquées.

### **Rapport annuel et programme d'actions**

Chaque instance élabore un rapport annuel.

Le rapport annuel, les avis ou propositions d'actions élaborés par les instances sont transmis au directeur général de l'AP-HP, au président de la commission médicale d'établissement et au coordonnateur de la gestion des risques associées aux soins. Ils sont mis à la disposition des membres de la commission médicale d'établissement.

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

### **Composition**

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

- le président de la CME, président ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) ;
- le responsable du système de management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse (RMSQ) ;
- le président de la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ;
- le président du comité central de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ;

- le médecin responsable de l'équipe opérationnelle centrale d'hygiène (ÉOH) au sein de la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ;
- le président du comité central des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS) ;
- le médecin responsable de la gestion des risques associés aux soins au sein de la DOMU ;
- le président du comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ;
- le président du comité central de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP) ;
- le président de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ou son représentant ;
- les représentants de la commission médicale d'établissement (CME) à la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ;
- le président du comité d'orientation du développement professionnel continu (DPC) ;
- le médecin responsable du développement professionnel continu médical au sein de la direction des ressources humaines (DRH) ;
- deux représentants de la commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ;
- le directeur des soins et des activités paramédicales (DSAP) ou son représentant ;
- le président ou le vice-président du comité d'identitévigilance de l'AP-HP ;
- le médecin référent en antibiothérapie de l'AP-HP ;
- le correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'AP-HP ;
- le directeur de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) ou ses représentants chargés de la qualité et de la gestion des risques, de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- le directeur des patients, usagers et associations (DPUA) ou son représentant ;

- le directeur des systèmes d'information (DSI) ou son représentant.

Le président de la cellule « QSS-CAPCU » peut inviter à ses séances toute personne ayant compétence dans les domaines d'attribution de la cellule.

Une personne non membre de la Cellule « QSS-CAPCU » ne peut assister à une réunion de la cellule qu'avec l'accord de son président.

## **Missions**

### **La Cellule «QSS-CAPCU»**

prépare les travaux de la CME en matière de politique d'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- définit les priorités et le plan d'action pour l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en collaboration avec la CSIRMT et la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU) ;

- organise une concertation avec les responsables médicaux de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers au sein des groupes hospitaliers (GH) et des hôpitaux hors groupes hospitaliers sur les priorités en ces matières et s'assure de leur déclinaison et de leur diffusion au sein des groupes hospitaliers et hôpitaux hors groupes hospitaliers ;

- prépare le bilan annuel du plan d'action pour l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, qui est présenté aux instances de l'AP-HP ;

- donne un avis sur les projets institutionnels se rapportant à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

- s'assure que les projets visant à améliorer la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers s'articulent avec le programme de développement professionnel continu.

La direction générale met à disposition de la cellule les moyens nécessaires à ses missions, en particulier en matière de communication.

## **Fonctionnement**

## **Durée du mandat des membres**

Le mandat des membres de la Cellule « QSS-CAPCU » prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

## **Présidence**

La Cellule « QSS-CAPCU » est présidée par le président de la CME.

## **Secrétariat**

Le secrétariat de la Cellule « QSS-CAPCU » est assuré par la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU).

Le secrétariat est chargé d'apporter l'aide scientifique et administrative nécessaire au bon fonctionnement de la cellule, ainsi que le soutien à la conduite des projets et programmes de la cellule. Il s'assure de la contribution des directions du Siège concernées par les projets et programmes de la cellule, en particulier en matière de système d'information et en moyens de communication. Il rédige les comptes rendus des réunions, qui sont approuvés lors de la séance suivante et publiés sur le site de la CME.

## **Fréquence des réunions et ordre du jour**

La Cellule « QSS-CAPCU » se réunit tous les mois, à l'exception des mois de juillet et août. Elle peut en outre être réunie à l'initiative de son président.

Le président de la CME, président de la cellule, établit l'ordre du jour des réunions.

## **Conflits d'intérêts et confidentialité**

Les dispositions rassemblées sous le titre « Conflits d'intérêts et confidentialité des données » du paragraphe 9.1.2. « Fonctionnement : dispositions communes aux instances relatives à la qualité et à la sécurité des soins » de la présente annexe s'appliquent sans particularités à la Cellule « QSS-CAPCU » et à ses membres.

## **9.2 Instances locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

Au sein de chaque groupe hospitalier, le directeur institue, en lien avec la commission médicale d'établissement locale et son président ainsi qu'avec la commission locale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son président, des instances locales relatives à la qualité et à la sécurité des soins, ainsi qu'aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ces instances locales sont :

- le comité local de lutte contre les infections nosocomiales (CLLIN) ;
- le comité local des vigilances et des risques associés aux soins (COVIRIS local) ;
- le comité local de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLLUD-SP) ;
- le comité local de liaison en alimentation et nutrition (CLLAN) ;
- la commission locale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (CLOMEDIMS).

Les modalités de coordination de ces différentes instances sont définies dans le règlement intérieur local du groupe hospitalier.

La composition de ces instances prend en compte une représentation minimale et équilibrée des sites composant le groupe hospitalier.

Chaque site hospitalier est doté d'une équipe opérationnelle d'hygiène et d'un référent en antibiothérapie. Le référent antibiothérapie du site hospitalier est nommé par le directeur du groupe hospitalier en concertation avec le président de la commission médicale d'établissement locale. Chaque équipe opérationnelle d'hygiène est composée au minimum d'un médecin (1 ETP/800 lits du site hospitalier) et d'un cadre de santé infirmier ou d'un infirmier (1 ETP/400 lits du site hospitalier) et, autant que possible, d'un technicien biohygiéniste ainsi que d'un secrétariat qui se consacrent entièrement au travail sur site. Dans chaque site hospitalier, au moins un des infirmiers hygiénistes est cadre de santé. Si le groupe hospitalier souhaite mettre en place une coordination de ses différentes équipes opérationnelles d'hygiène, le temps dévolu à cette fonction doit être attribué indépendamment du temps de travail sur site assuré par l'équipe opérationnelle d'hygiène du site. Chaque équipe opérationnelle d'hygiène de site est représentée au comité local de lutte contre les infections nosocomiales du groupe hospitalier.

Ces instances sont organisées selon les principes retenus pour les instances centrales. Elles déclinent, à l'échelon de chaque groupe hospitalier, la politique institutionnelle et les missions des instances centrales. Elles définissent et mettent en œuvre les actions

adaptées à leur activité et à leurs spécificités. Il est créé si nécessaire des groupes de travail spécifiques, à l'échelon des sites hospitaliers, pour relayer la politique du groupe hospitalier. Elles exercent leurs missions en lien étroit avec les CRUQPC locales du groupe hospitalier. Les représentants des usagers membres des CRUQPC locales participent à ces instances.

## Commissions de l'activité libérale

### 10.1 Commission centrale de l'activité libérale

#### Attributions

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

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

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

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

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

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

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

## Composition

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

- un membre du conseil départemental de Paris de l'ordre des médecins, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de Paris de l'ordre des médecins ;
- deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- un représentant de l'agence régionale de santé d'Île-de-France désigné par son directeur général ;
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens de l'AP-HP exerçant une activité libérale désignés par la commission médicale d'établissement ;
- un praticien statutaire à temps plein de l'AP-HP, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;
- un représentant des usagers du système de santé choisi parmi les membres des associations déclarées, agréées et ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé de la prise en charge des patients, en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé.

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

## Fonctionnement

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

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 (directeur général de l'agence régionale

de santé, directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, président du conseil de surveillance, président de la commission médicale d'établissement et directeur général de l'AP-HP) ou par un praticien.

Elle est convoquée à l'initiative de son président. Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la politique médicale.

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

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

La commission arrête sa proposition ou son avis à la majorité de ses membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Les avis et propositions de la commission sont motivés.

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

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

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

## 10.2 Commissions locales de l'activité libérale

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

### Missions

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

### Composition

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

La commission locale comprend :

- un membre du conseil départemental de l'ordre des médecins du département d'implantation du groupe hospitalier, n'exerçant pas au sein de l'AP-HP et n'ayant pas d'intérêt dans la gestion d'un établissement de santé privé, désigné sur proposition du président du conseil départemental de l'ordre des médecins ;
- deux représentants désignés par le conseil de surveillance parmi ses membres non médecins ;
- un représentant de l'agence régionale de santé désigné par son directeur général ;
- un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie désigné par son directeur ;
- deux praticiens exerçant une activité libérale : l'un désigné par la commission médicale d'établissement locale compétente et l'autre désigné par la commission médicale d'établissement parmi les praticiens exerçant en dehors du groupe hospitalier ;
- un praticien statutaire à temps plein, n'exerçant pas d'activité libérale, désigné par la commission médicale d'établissement ;

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

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

## **Fonctionnement**

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

La commission se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'elle est saisie par les autorités énumérées à l'article R. 6154-11 ou par un praticien. Elle est convoquée à l'initiative de son président.

Ses membres sont soumis à l'obligation de secret.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction du groupe hospitalier.

## Commissions relatives à l'organisation de la permanence des soins (COPS)

### 11.1 Commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS)

La commission médicale d'établissement met en place une commission relative à l'organisation de la permanence des soins.

#### Composition

Les représentants de la commission sont désignés par la commission médicale d'établissement. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedis après-midi, de dimanches et jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte.

La commission est composée comme suit :

- membres de droit :
  - le directeur général ou son représentant, assisté du collaborateur ou des collaborateurs de son choix ;
  - le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant ;
- représentants des spécialités disposant au sein des groupes hospitaliers de permanences sur place et/ou d'astreinte :
  - deux représentants pour l'anesthésie-réanimation ;
  - deux représentants pour la biologie ;
  - un représentant pour la cardiologie ;
  - un représentant pour la chirurgie générale ;
  - un représentant pour la chirurgie orthopédique ;
  - un représentant pour la gynécologie obstétrique ;
  - un représentant pour l'ORL ;
  - un représentant pour la pédiatrie ;
  - un représentant pour la psychiatrie ;
  - un représentant pour la radiologie ;
  - un représentant pour la réanimation médicale ;
  - un représentant pour les urgences ;

- un représentant des chefs de clinique – assistants des hôpitaux... ;
- un représentant des praticiens contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des internes.

## Attributions

La commission :

- définit les schémas d'organisation et de la permanence des soins par secteur d'activité et par groupe hospitalier universitaire (GHU) (il est précisé qu'il appartient à chaque commission locale de l'organisation de la permanence des soins, pour le groupe hospitalier concerné, de donner son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et de définir le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre) ;
- définit un cadre à l'usage des commissions locales pour l'organisation en temps médical continu et délivre les autorisations après examen des dossiers ;
- constitue un recours en cas de litige ou de contestation sur les organisations retenues localement concernant notamment :
  - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes ;
  - les règles établissant le repos « post-garde » pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale ;
  - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins ;
  - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur le compte épargne temps (CET) ;
- peut demander en tant que de besoin :
  - un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par pôles d'activités ;
  - l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et les directions ;
  - un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel, au vu du tableau général annuel ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement ;

- donne un avis sur les conventions de coopération passées avec d'autres établissements de santé pour assurer la permanence des soins.

## Fonctionnement

### Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction de la politique médicale.

### Séances

La commission se réunit :

- en session ordinaire, une fois par trimestre ;
- chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

Le président de la commission assiste à la commission médicale d'établissement pour exprimer l'avis donné par la commission sur les demandes de création ou les propositions de suppression de gardes et/ou d'astreintes.

L'ordre du jour des séances est fixé par le président de la commission. Les convocations sont adressées par la direction de la politique médicale. Un tiers des membres doit être présent pour que la commission puisse valablement siéger.

Dans le cas où la commission doit procéder à un vote, il n'y a pas possibilité de procuration. La direction de la politique médicale établit le compte rendu de la séance avec le président de la commission. Le compte rendu doit être définitivement adopté lors de la séance suivante. Les procès-verbaux de la commission sont diffusés pour chaque groupe hospitalier de l'AP-HP auprès du directeur et du président de la commission locale).

## 11.2 Commissions de l'organisation de la permanence des soins locales (COPS locales)

La commission médicale d'établissement locale met en place une commission de l'organisation de la permanence des soins locale.

### Composition

Les représentants de la commission sont désignés par la commission médicale d'établissement locale. La moitié au moins d'entre eux doivent être des praticiens accomplissant des permanences de nuit, de samedis après-midi, de dimanches et de jours fériés sous forme de permanences sur place ou d'astreinte.

La commission est composée comme suit :

- membres de droit :
  - le directeur du groupe hospitalier, assisté des collaborateurs de son choix ;

- le président de la commission médicale d'établissement locale ou son représentant ;
- représentants des spécialités disposant au sein du groupe hospitalier de permanences sur place et/ou d'astreinte :
  - un représentant pour l'anesthésie-réanimation ;
  - un représentant pour la biologie ;
  - un représentant pour la cardiologie ;
  - un représentant pour la chirurgie générale ;
  - un représentant pour la chirurgie orthopédique ;
  - un représentant pour la gynécologie obstétrique ;
  - un représentant pour l'ORL ;
  - un représentant pour la pédiatrie ;
  - un représentant pour la psychiatrie ;
  - un représentant pour la radiologie ;
  - un représentant pour la réanimation médicale ;
  - un représentant pour les urgences ;
- un représentant des chefs de clinique ; assistants des hôpitaux ;
- un représentant des praticiens contractuels ;
- un représentant des praticiens attachés ;
- un représentant des internes.

## Attributions

La commission :

- donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins et définit le fonctionnement de la permanence des soins dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- organise le temps médical continu au sein du groupe hospitalier et soumet les demandes d'autorisations à la commission centrale de l'organisation de la permanence des soins ;
- examine :
  - les demandes de création ou de modification de gardes et astreintes ;
  - les règles établissant le repos « post-garde » pour les personnels assurant la permanence des soins dans leur cadre statutaire et de la déontologie médicale ;
  - les modifications d'effectifs médicaux influant sur la permanence des soins ;
  - les conséquences d'absences longues et simultanées engendrées par l'utilisation des droits à congés épargnés sur le compte épargne temps (CET) ;
- peut demander en tant que de besoin :
  - un état comptable des dépenses de personnel médical liées à la permanence des soins par pôles d'activités pour le groupe hospitalier ;

- l'état prévisionnel des contrats de temps de travail additionnel passés entre les praticiens et la direction du groupe hospitalier ;
- un état récapitulatif des dépenses liées au temps additionnel au sein du groupe hospitalier, au vu du tableau général annuel ;
- établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur général ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

## Fonctionnement

### Secrétariat

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction du groupe hospitalier.

### Séances

La commission se réunit :

- en session ordinaire, une fois par trimestre ;
- chaque fois que nécessaire, soit à l'initiative de son président, soit à la demande d'un tiers de ses membres.

Le président de la commission assiste à la commission médicale d'établissement locale pour exprimer l'avis donné par la commission sur les demandes de création ou les propositions de suppression de gardes et/ou d'astreintes.

L'ordre du jour des séances est fixé par le président de la commission. Les convocations sont adressées par la direction du groupe hospitalier.

Un tiers des membres doit être présent pour que la commission puisse valablement siéger.

Dans le cas où la commission doit procéder à un vote, il n'y a pas possibilité de procuration.

La direction du groupe hospitalier établit le compte rendu de la séance avec le président de la commission. Le compte rendu doit être définitivement adopté lors de la séance suivante.

## ANNEXE 12

# Les Commissions Locales d'Appréciation des Offres

Les commissions locales d'appréciation des offres qui ont remplacé les commissions locales des marchés, sont compétentes pour rendre un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence formalisées avant désignation de l'attributaire par le Représentant du Pouvoir Adjudicateur (RPA) ainsi que sur l'ensemble des marchés issus d'une procédure adaptée.

Elles ont pour objet de garantir la transparence des procédures d'achat ainsi que la collégialité, la pluridisciplinarité et l'impartialité des avis rendus au représentant du pouvoir adjudicateur délégué.

Chaque CLAO doit être présidée par le directeur du groupe hospitalier ou son représentant, à l'exception des adjoints en charge de la direction acheteuse.

Sa composition comme son organisation sont à définir librement dans le règlement intérieur des achats propre à chaque groupe hospitalier, sous réserve toutefois de respecter l'impératif suivant : la présence systématique, à côté des membres permanents, d'un expert technique du domaine concerné et d'un représentant de la direction fonctionnelle ou du pôle d'activité médicale, prescripteur du besoin.

Le secrétariat de la commission peut être assuré par la cellule unique de gestion des marchés.

La commission est principalement appelée à rendre un avis consultatif sur les propositions d'admission des candidatures et des offres ainsi que sur les propositions d'attribution, sur la base des documents suivants (liste non exhaustive), lesquels doivent être transmis aux membres suffisamment en amont de la tenue de la commission :

règlement de la consultation

avis de publicité

registre de dépôt des candidatures et des offres

grilles d'ouverture des candidatures et des offres

rapports d'analyse technique et financière

tableaux de classement

Elle est également saisie, pour avis, des projets d'avenants et de décisions de poursuivre entraînant une augmentation du montant du marché d'un pourcentage à définir dans le

règlement intérieur des achats. Ce pourcentage est le plus souvent fixé à 5 %.

Toutes les opérations menées par la commission et tous les avis émis doivent bien entendu être consignés dans un procès-verbal de façon à en assurer la parfaite traçabilité.

# **Commission d'appréciation des offres chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT (dite «Commission De Transparence des marchés»)**

## **Champ de compétence**

La Commission de Transparence (CDT) d'ACHAT a pour objet de garantir la transparence des procédures d'achat ainsi que la collégialité, la pluridisciplinarité et l'impartialité des avis rendus au représentant du pouvoir adjudicateur.

A ce titre, la CDT est compétente pour rendre un avis consultatif sur l'ensemble des procédures de mise en concurrence formalisées passées par les services de management de marchés (SMM) d'ACHAT avant désignation de l'attributaire par le RPA ainsi que sur l'ensemble des marchés issus d'une procédure adaptée dont le montant est supérieur à 25 000 €HT.

Elle examine les dossiers présentés et se prononce sur :

- Le respect de la concurrence ;
- La transparence des décisions d'attribution ;
- La régularité de la procédure ;
- La qualité des pièces contractuelles ;
- L'efficacité économique de la consultation ;
- La proposition de déclaration sans suite ou d'infructuosité du SMM.

## **Attributions**

### **Procédures formalisées**

#### **Appel d'offres**

- . La CDT prend acte de l'élimination des candidats ;

La CDT formule un avis motivé sur :

- l'élimination des offres irrégulières, inacceptables ou inappropriées ;
- la proposition de classement élaborée par le SMM et de choix de l'attributaire ;
- la proposition de déclarer un ou plusieurs lots sans suite ;
- la proposition de déclaration d'infructuosité du SMM.

La procédure d'appel d'offres restreint implique deux passages en CDT : un passage concernant les propositions d'élimination et de choix au stade des candidatures, un second passage après analyse des offres et proposition de classement par le SMM.

### **Procédures négociées**

La CDT intervient à l'issue de la procédure.

Elle émet un avis motivé sur le classement opéré, ou sur l'offre à l'issue des négociations.

### **Procédures adaptées**

La CDT intervient à l'issue de la procédure. Elle émet un avis motivé sur le choix éventuel des candidats admis à la négociation, sur les résultats de cette négociation et sur classement établi par le SMM à l'issue de la procédure. Elle examine la proposition de déclaration sans suite ou d'infructuosité par le SMM.

### **Avenants et décisions de poursuivre**

La CDT donne un avis motivé sur les avenants ou décisions de poursuivre entraînant une augmentation du montant du marché, sans condition de montant. i

### **Marchés passés par des tiers**

La CDT examine pour information, dans le mois qui suit leur début d'exécution, les marchés passés par des tiers auquel le SMM choisit de recourir pour satisfaire les besoins des GH, hôpitaux et PIC. Elle formule un avis sur :

- la pertinence du recours au marché signé par un tiers ;
- la qualité des pièces contractuelles ;
- l'efficacité économique du choix opéré par le SMM.

### **Composition**

La Commission De Transparence, chargée de donner un avis sur les propositions d'attribution des marchés centraux relevant du pôle d'intérêt commun ACHAT, est composée de:

- Deux Membres avec voix délibérative qui ne sont pas impliqués dans la consultation examinée, fixés sur une liste annexée au règlement intérieur des CDT, établi par la Direction d'ACHAT. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.
- Un membre du groupe hospitalier, en cas de marché spécifique, du Siègle ou du service client en cas de marché spécifique, après accord express de la direction d'ACHAT. Il a voix consultative.

## Fonctionnement

Le Secrétariat des Commission De Transparence est en charge de l'organisation et de la programmation des CDT, des convocations et de l'ordre du jour, et de son fonctionnement, conformément au règlement intérieur des CDT, établi par la Direction d'ACHAT.

La convocation est réalisée par courriel aux membres à la commission 15 jours avant la tenue de la CDT, en précisant les lieux, dates et objets des consultations à étudier.

En cas de participation d'un membre extérieur, ce dernier est convié formellement à la CDT par le secrétariat de direction.

Documents d'information des CDT :

Le SMM transmet au secrétariat des commissions :

- L'AAPC, le RC, le CCAP, le CCTP ;
- Le rapport de présentation ;
- Les synthèses techniques et financières ;
- Les tableaux de classement et la proposition d'attribution formulée par le directeur adjoint ou son représentant ;
- La grille d'ouverture des plis ;
- Les OUV6 et les OUV7 ;
- Le registre de dépôt des offres.

Le secrétariat des Commissions transmet ces documents aux membres appelés à siéger.

Les CDT se tiennent dans les locaux d'ACHAT à l'hôpital de Bicêtre.

Le rapport de présentation, les synthèses et le tableau de classement réalisés par le SMM indiquent clairement :

- Les candidats rejetés ;
- Les offres jugées inappropriées, irrégulières ou inacceptables ;

- Le classement des autres offres et l'offre classée première et économiquement la plus avantageuse ;
- la proposition motivée de déclarer la consultation ou un de ses lots infructueux ;
- la proposition de déclaration sans suite.

Les principes généraux régissant le contenu de ces synthèses sont la transparence et l'égalité de traitement des candidats, qui se traduisent dans la régularité et l'équité des référentiels de cotation et des décisions de non-conformités.

Les membres de la commission émettent un avis favorable ou défavorable à la proposition du directeur adjoint. La commission motive sa décision. Cette décision est une proposition, qui est adressée au RPA, avec l'ensemble du dossier de consultation, par le SMM.

La CDT peut également renvoyer son avis à une commission ultérieure, et demander tout complément d'instruction nécessaire. Il appartient au président de signaler la situation au RPA.

## ANNEXE 14

# Règlement intérieur type des chambres mortuaires des groupes hospitaliers de l'AP-HP

*(Adopté en application des articles R. 2223-67 à R. 2223-72  
du Code général des collectivités territoriales)*

### Art. 1

Le présent règlement intérieur énonce les règles de fonctionnement de la chambre mortuaire du groupe hospitalier.....

Il s'impose à l'ensemble des personnels de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux familles et proches des personnes décédées ainsi qu'à tous les tiers qui, pour une raison professionnelle ou pour tout autre motif, sont autorisés à pénétrer dans les locaux de la chambre mortuaire.

### Art. 2

La chambre mortuaire est un équipement du groupe hospitalier.

Elle est destinée au dépôt des corps des personnes décédées au sein du groupe hospitalier (*le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : ainsi qu'au dépôt des corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil*). Elle doit permettre la présentation des corps aux familles et leur laisser le temps nécessaire à l'organisation des obsèques.

Les personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles disposent d'un délai de dix jours pour réclamer le corps de la personne décédée dans le groupe hospitalier.

*Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés :* la mère ou le père dispose, à compter de l'accouchement, du même délai pour réclamer le corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil.

Dans le cas où le corps du défunt (*le cas échéant pour les groupes hospitaliers concernés : ou de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil*) est réclamé, il est remis sans délai aux personnes ayant qualité pour pourvoir aux funérailles.

En cas d'absence de réclamation du corps dans le délai de dix jours, le groupe hospitalier dispose de deux jours francs :

- pour faire procéder à l'inhumation du défunt dans des conditions financières compatibles avec l'avoir laissé par ce dernier. En l'absence de ressources suffisantes, la prise en charge des obsèques sera sollicitée auprès de la commune du décès. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation du corps s'effectue en accord avec l'autorité militaire compétente ;
- *le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés* pour prendre les mesures en vue de procéder, à sa charge, à la crémation du corps de l'enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil ou, lorsqu'une convention avec la commune le prévoit, en vue de son inhumation par celle-ci.

### Art. 3

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalier doivent dans tous les cas être transportés soit dans la chambre mortuaire de l'hôpital (du groupe .....),  
 .....),  
 soit à titre exceptionnel dans la chambre mortuaire d'un autre groupe hospitalier de l'AP-HP.  
*Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : il en est de même pour les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil.* L'admission dans la chambre mortuaire est effectuée après signature du certificat de décès par un médecin d'un service de soins.

### Art. 4

Les corps des patients décédés au sein du groupe hospitalier (*le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : et les corps des enfants pouvant être déclarés sans vie à l'état civil*) doivent être transportés à la chambre mortuaire pourvus d'un bracelet et d'une fiche d'identification. (*Dans les groupes hospitaliers liés par convention à un groupe hospitalier ne disposant pas de chambre mortuaire : des corps de patients décédés (le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés : ou d'enfants déclarés sans vie à l'état civil) au sein du groupe hospitalier (préciser le nom du groupe hospitalier) peuvent être déposés à la chambre mortuaire, pourvus des mêmes documents d'identification.*

*Le transport de ces corps à la chambre mortuaire est subordonné à l'accord exprès du directeur du groupe hospitalier.*

Un certificat médical établi par le médecin du service où le défunt était soigné doit être remis au service de l'état civil.

Ce certificat précise si le décès a été causé par une maladie contagieuse ou s'il pose un problème médico-légal. Il indique également si l'état du corps permet un transport de corps sans mise en bière à résidence et s'il est ou non porteur d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile faisant obstacle à une éventuelle incinération.

Les soins de conservation du corps prévus par les articles R. 2213-2-2 du Code général des collectivités territoriales ne peuvent être réalisés dans la chambre mortuaire sans qu'une déclaration écrite préalable ait été effectuée, par tout moyen, auprès du maire de la commune (pour les hôpitaux situés à Paris, auprès du préfet de police) où sont pratiqués les soins de conservation.

Les corps de personnes décédées à l'extérieur du groupe hospitalier peuvent être déposés au sein de la chambre mortuaire, à titre exceptionnel et uniquement sur réquisition des autorités administratives ou de police.

## **Art. 5**

*(Le cas échéant)* des autopsies médicales peuvent être réalisées dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par les articles L. 1232-1 à L. 1232-6 du Code de la santé publique. Ces prélèvements sont pratiqués, à la demande écrite et motivée d'un médecin d'une unité de soins, sur le fondement d'un formulaire de demande. Ces prélèvements sont réalisés sous la responsabilité du chef du service d'anatomie pathologique du groupe hospitalier

.....  
.....  
.....

Ce dernier en assure le contrôle ainsi que la bonne exécution par les médecins de son service qui en ont la charge, assistés le cas échéant des agents de la chambre mortuaire qu'il désigne. Aucun prélèvement à des fins thérapeutiques ne peut être effectué dans la salle de préparation des corps de la chambre mortuaire.

*(Le cas échéant, pour les groupes hospitaliers concernés)*. Lorsque des prélèvements sont réalisés sur le corps d'un enfant pouvant être déclaré sans vie à l'état civil, les délais de dix jours et de deux jours francs visés à l'**article 2** du présent règlement sont prorogés de la durée nécessaire à la réalisation de ces prélèvements sans qu'ils puissent excéder quatre semaines à compter de l'accouchement.

## **Art. 6**

Des autopsies médicales peuvent être effectuées au sein de la chambre mortuaire sur des personnes décédées en dehors du groupe hospitalier.

Ces prélèvements peuvent être effectués à la demande du préfet, ou à la demande d'une personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles.

Le transport du corps d'une personne décédée vers un établissement de santé, pour réaliser une autopsie médicale, est déclaré préalablement, par tout moyen écrit, auprès du maire

de la commune du lieu de décès ou de dépôt, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles. La déclaration est subordonnée à la détention de l'extrait du certificat de décès prévu à l'article L. 2223-42 du Code général des collectivités territoriales, attestant que le décès ne pose pas de problème médico-légal.

Les corps admis au sein de la chambre mortuaire dans ces conditions peuvent faire l'objet, à la demande de toute personne qui a qualité pour pourvoir aux funérailles, d'un transport de corps avant mise en bière, soit vers une chambre funéraire, soit vers la résidence du défunt ou d'un membre de sa famille. Ce transport de corps est subordonné à l'accord du directeur du groupe hospitalier, après avis du médecin ayant réalisé les prélèvements.

Ledit médecin peut s'opposer au transport de corps lorsque l'état du corps ne permet pas un tel transport.

## Art. 7

Les agents de la chambre mortuaire sont chargés, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier, des activités mortuaires du groupe hospitalier et assurent à ce titre l'accueil des familles et la présentation des corps, qui doivent être effectués avec toute l'attention et la dignité requises.

Ils sont placés, pour l'ensemble des activités médico-techniques de la chambre mortuaire, sous l'autorité directe (préciser : direction des soins, coordonnateur général des soins, du chef de service d'anatomie pathologique, autres).

## Art. 8

*(article concernant uniquement les groupes hospitaliers disposant de plusieurs agents de chambre mortuaire)*

Un coordonnateur de la chambre mortuaire est désigné par le directeur du groupe hospitalier après avis du chef du service d'anatomie pathologique (*préciser, au cas où le groupe ne dispose pas de service d'anatomie pathologique, le service de rattachement : du groupe hospitalier...*), pour être chargé du fonctionnement courant des activités réalisées au sein de la chambre mortuaire.

Cet agent est responsable, sous l'autorité du directeur du groupe hospitalier, des modalités de l'accueil des familles et de la présentation des corps. Il est chargé de l'encadrement des agents de la chambre mortuaire et est placé, pour la réalisation de l'ensemble des

activités médico-techniques réalisées dans la chambre mortuaire, sous l'autorité directe du chef de service d'anatomie pathologique ou le cas échéant du médecin délégué par ce dernier pour ces activités.

## Art. 9

Sous réserve des dispositions des **articles 10 et 11** du présent règlement intérieur, aucune personne ne peut accéder à la chambre mortuaire sans en avoir reçu l'autorisation expresse par le directeur du groupe hospitalier, de son représentant dûment habilité, ou du chef du service d'anatomie pathologique.

L'accès de la chambre mortuaire peut être interdit à toute personne dont la présence ne serait pas motivée par des nécessités de service ou prévue par l'application des dispositions légales et réglementaires relatives à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, ou dont le comportement pourrait troubler l'ordre, la décence ou la sérénité des lieux.

## Art. 10

Les familles ont accès à la chambre mortuaire où se trouve leur défunt, dans les conditions suivantes : *(à compléter : jours d'ouverture, horaires, règles à respecter afin de garantir un fonctionnement satisfaisant du service, conditions d'accès en dehors des heures d'ouverture...)*.

Avant toute présentation, les agents de la chambre mortuaire prennent en compte, dans toute la mesure du possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits que leurs membres expriment s'agissant des rites qui doivent entourer la présentation du corps ou la mise en bière.

En cas d'obstacle médico-légal, la présentation des corps aux familles ne peut avoir lieu qu'en l'absence d'opposition de l'autorité judiciaire.

## Art. 11

Lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, les personnels des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités ont accès à la chambre mortuaire, pour le dépôt et le retrait des corps, la pratique des soins de conservation et la toilette mortuaire et le cas échéant la toilette rituelle, lorsqu'ils sont mandatés par une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles, dans les conditions suivantes : *(à compléter le cas échéant)* .....

.....  
.....

Ils sont tenus de respecter strictement les prescriptions du Code du travail en matière d'hygiène et de sécurité et de condition de travail, ainsi que les consignes de sécurité relatives aux risques professionnels telles que définies par le groupe hospitalier.

Les responsables des dites régies, entreprises, associations et de leurs établissements organisent conjointement avec l'agent visé à l'**article 8** ci-contre les modalités de leurs activités au sein de la chambre mortuaire, en tenant compte des nécessités et contraintes du service.

## Art. 12

La liste des régies, entreprises, associations ou de leurs établissements habilités doit être affichée dans les locaux d'accueil de la chambre mortuaire.

Elle est établie par le représentant de l'État dans le département où est située la chambre mortuaire. Elle est mise à jour chaque année.

La liste doit comprendre le nom, l'adresse complète et le numéro de téléphone des opérateurs funéraires habilités conformément à l'article L 2223-32 du Code général des collectivités territoriales et installés dans la commune (*ou selon le cas : l'arrondissement ou le département* :

- dans la commune où se trouve la chambre mortuaire si cette commune compte plus de 100 000 habitants ;
- dans le cas contraire, la liste comprend les opérateurs funéraires installés dans l'arrondissement si celui-ci compte plus de 100 000 habitants ;
- dans le département si l'arrondissement compte moins de 100 000 habitants.)

La liste des chambres funéraires établie par le préfet de département doit également être affichée dans la chambre mortuaire, dans les conditions prévues par l'article R. 2223-32 du Code général des collectivités territoriales.

## Art. 13

Aucun document de nature commerciale ne doit être visible au sein de la chambre mortuaire, sous réserve des dispositions de l'**article 12**.

Les agents de la chambre mortuaire ne peuvent en aucun cas recevoir, à raison de leurs fonctions, de rémunération ou de gratification de la part des familles, des opérateurs funéraires, des fleuristes, des thanatopracteurs et d'une manière générale de tiers à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

## Art. 14

Le chef du service d'anatomie pathologique s'assure, en liaison avec le directeur du groupe hospitalier, que toutes les précautions d'hygiène et de sécurité sont respectées dans la réalisation des prélèvements.

Il prend notamment toutes les mesures nécessaires (selon le cas, obligation d'emploi de gants, éventuellement résistants à la coupure, de lunettes de protections, de matériel jetable...) pour assurer le respect au sein de la chambre mortuaire des précautions visant à minimiser les risques de contamination par des maladies transmissibles.

## Art. 15

Le présent règlement doit être affiché à la vue du public dans les locaux de la chambre mortuaire destinés à l'accueil du public.

Il est déposé, daté et signé, dès son adoption, auprès du représentant de l'État dans le département où est implantée la chambre mortuaire.

Fait à ....., le.....

Le directeur du groupe hospitalier

Vu, le chef du service d'anatomie pathologique

*(Le cas échéant : du groupe hospitalier...)*

*(Le cas échéant, si l'activité médico-technique est assurée dans le cadre d'une antenne d'un service d'anatomie pathologique d'un autre groupe hospitalier de l'AP-HP).*

Vu, le directeur du groupe hospitalier...

*Paris le,*

*Martin Hirsch  
Directeur général*

# Commission des contrats publics de l'AP-HP

## Missions – Objectifs

Il est créé au sein de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris une commission des contrats publics chargée de donner un avis sur les projets de l'Institution:

- marchés publics,
- conventions de délégation de service public,
- conventions d'occupation du domaine public.

Cet avis porte tant sur la régularité juridique du contrat que sur son efficacité économique. La mise en place de cette commission s'inscrit dans le cadre de la politique de développement et d'amélioration du contrôle interne dans le domaine économique. Elle est un des éléments de la politique d'amélioration de la qualité des marchés passés au sein de l'Institution.

## Composition

La commission comprend les membres à voix délibérative suivants:

- un président, membre du Conseil d'État ou de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ou professeur d'université ou de grande école spécialisé dans le domaine des achats publics désigné par le directeur général de l'AP-HP;
- un vice-président, membre du Conseil d'État ou de la Cour des Comptes ou de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ou professeur d'université ou de grande école spécialisé dans le domaine des achats publics désigné par le directeur général de l'AP-HP;
- un représentant du Conseil de Surveillance de l'AP-HP;
- le contrôleur financier près l'AP-HP ou son représentant;
- le directeur spécialisé des finances publiques de l'AP-HP ou son représentant ;
- le contrôleur financier de l'AP-HP ou son représentant
- deux représentants du directeur général de l'AP-HP dont le DEFIP

La durée du mandat des membres de la commission est fixée à trois ans, le mandat est renouvelable.

Assistent aux séances de la commission avec voix consultative, le directeur général adjoint de l'AP-HP, le directeur des affaires juridiques, le directeur régional des entreprises, de la

concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi d'Ile-de-France, le directeur de l'inspection et de l'audit, le délégué à la coordination des politiques d'achat ou leur représentant.

La commission peut, en outre, entendre toute personne dont elle juge utile de recueillir l'avis pour l'étude de certains contrats.

## Compétences

### Marchés publics et accords-cadres

La commission donne un avis sur tout projet de consultation dont le montant cumulé des lots pour la durée totale de la consultation (soit l'engagement maximal du pouvoir adjudicateur délégué) est supérieur à 5 millions d'euros HT, à l'exception des projets de marchés relatifs aux produits de santé négociés sans concurrence dans le cadre de l'article 35-II-8 du code des marchés publics. La saisine de la commission a lieu au stade de l'attribution du ou des marchés, avant transmission au contrôleur financier.

La commission donne également son avis sur :

les marchés de maîtrise d'œuvre d'un montant supérieur à 200 000 euros HT,

-les marchés de fournitures, de produits et équipements de santé supérieurs à 200 000 euros HT,

.les marchés de travaux supérieurs à 2 millions d'euros HT ou issus de consultations supérieures à 2 millions d'euros HT tous lots confondus

La commission peut se saisir, à l'initiative de son président, de toute consultation ayant fait l'objet d'une publication sur le profil d'acheteur de l'AP-HP.

La commission peut examiner à posteriori les conditions d'exécution des marchés soldés, sélectionnés par le président sur une liste trimestrielle communiquée par la délégation à la coordination des politiques d'achat.

Si des lots d'une consultation relevant du seuil de saisine de la Commission sont déclarés infructueux par le Représentant du Pouvoir Adjudicateur (RPA), ils devront être représentés en commission à une séance ultérieure sauf s'ils représentent moins de 20% de l'estimation totale de la consultation présentée à la commission initialement.

Les projets d'avenants aux marchés initialement soumis à l'examen de la commission et ayant pour effet d'augmenter d'un pourcentage cumulé de plus de 5% le montant du marché lui sont transmis pour avis avant transmission au contrôleur financier.

### **Conventions d'occupation du domaine public**

La commission est saisie, avant leur transmission au contrôleur financier, des projets de conventions d'occupation du domaine public portant sur une superficie supérieure à 200m<sup>2</sup>.

### **Conventions de délégation de service public**

Les projets de conventions de délégation de service public sont transmis systématiquement à la commission pour avis avant leur transmission au contrôleur financier.

## **Fonctionnement**

La commission définit les modalités pratiques de son fonctionnement dans le règlement intérieur qu'elle élabore.

Tout projet de contrat soumis à la commission est accompagné d'un rapport de présentation émanant de l'autorité responsable du contrat. Chaque dossier soumis à la commission est transmis à un rapporteur désigné par le président sur une liste de personnes choisies en raison de leur compétence dans le domaine des contrats publics.

La liste des rapporteurs est arrêtée par le président sur proposition du directeur général. Le rapporteur a accès à l'ensemble des documents relatifs au contrat examiné. Il peut interroger toute personne concernée par le contrat.

Le rapporteur présente son rapport à la commission ainsi que son projet d'avis. L'autorité responsable du contrat examiné est présente ou représentée lors de la séance et apporte à la commission toutes les informations complémentaires ou explications souhaitées par celle-ci.

La commission ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins des membres à voix délibérative est présente ou représentée. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

L'avis rendu par la commission porte sur la régularité de la procédure suivie ainsi que sur son efficacité économique. Il peut être assorti de réserves ou de recommandations. Le directeur général de l'AP-HP n'est pas lié par l'avis de la commission. Toutefois, au cas où il entend passer outre un avis défavorable ou un avis avec réserves, il en informe le président de la commission en précisant les motifs de sa décision.

En cas d'urgence dûment motivée, le président peut donner lui-même un avis. Dans ce cas il rend compte de son avis lors de la plus prochaine réunion de la commission. La commission peut émettre des recommandations de portée générale tirées des dossiers dont elle a eu à connaître.

Le secrétariat de la commission est assuré par la délégation à la coordination des politiques d'achat.

## **Rapport d'activité**

Chaque année, avant le 31 mai, la commission établit le rapport de son activité au titre de l'exercice précédent qu'elle adresse au président du Conseil de Surveillance ainsi qu'au directeur général.

# Charte du bon usage du système d'information de l'AP-HP

## Synthèse des principales règles

- Il est de la responsabilité de chaque utilisateur d'adopter un comportement professionnel.
- La configuration initiale du poste de travail doit être respectée.
- La connexion au SI d'équipements non fournis par l'AP-HP est soumise à des règles strictes.
- Les ordinateurs doivent être protégés physiquement.
- Les sessions des ordinateurs doivent être verrouillées en cas d'absence.
- Les informations professionnelles nécessaires à la continuité des activités doivent être sauvegardées sur les répertoires réseaux mis à disposition.
- Les supports amovibles doivent être utilisés avec vigilance.
- Les documents sensibles doivent être rapidement récupérés aux imprimantes.
- Les moyens de télécommunication sont à usage professionnel avant tout.
- Les téléphones portables et smartphones doivent être protégés par un code.
- Les mots de passe doivent respecter les règles de bonnes pratiques de la CNIL.
- L'accès aux informations se fait au regard des nécessités professionnelles pour l'exercice de l'activité de chaque utilisateur.
- Internet et la messagerie électronique sont à usage professionnel avant tout.
- L'accès à Internet avec les équipements de l'AP-HP doit se faire au travers des infrastructures fournies par l'AP-HP.
- L'accès à des sites Internet initialement bloqués par l'AP-HP, est interdit sauf cas dérogatoire.
- La publication depuis le Système d'Information de l'AP-HP doit se faire dans le respect de la loi et des codes de déontologie professionnelle.

- Les outils de communication audiovisuelle par Internet doivent être utilisés pour l'échange d'informations confidentielles avec vigilance.

## **Préambule et objet**

La prise en charge des patients et l'activité de l'AP-HP dépendent de la continuité du fonctionnement du système d'information (SI) de l'AP-HP. L'AP-HP est soumise aux obligations législatives et réglementaires propres aux informations numérisées et en particulier pour les données à caractère personnel relatives à la santé.

La sécurité et le bon fonctionnement du Système d'Information sont l'affaire de tous et découlent d'une action à la fois collective et individuelle. Chacun doit être conscient de ses droits, mais aussi de ses devoirs tant vis-à-vis des patients pris en charge que de l'AP-HP. La Charte d'utilisation du système d'information de l'AP-HP, ou Charte informatique, s'inscrit dans le cadre de la Politique Générale de Sécurité du Système d'Information (PGSSI) de l'AP-HP, validée par la Direction Générale. Elle est de ce fait, un document de référence pour l'ensemble des entités de l'AP-HP et constitue une annexe au règlement intérieur. Les professionnels de santé, les membres du personnel et les personnels extérieurs sont invités à en prendre connaissance et à l'appliquer. La Charte est mise à leur disposition sur l'Intranet et affichée dans les locaux de l'AP-HP.

## **Art.1 Champ d'application de la charte informatique**

### **1.1 Les utilisateurs du système d'information de l'AP-HP**

La Charte informatique s'applique à l'ensemble des utilisateurs du Système d'Information de l'AP-HP. Est considérée comme « Utilisateur du SI », toute personne amenée à utiliser les ressources du SI quel que soit son statut (par exemple le professionnel de santé ou médico-social, l'agent de l'AP-HP, le personnel intérimaire, la personne en formation, le stagiaire, le prestataire ou le partenaire), son niveau hiérarchique et son lieu d'accès.

Les règles de la Charte informatique doivent, par conséquent, être prises en compte par le personnel des entités sous-traitantes et des partenaires externes accédant au SI de l'AP-HP. Les entités chargées des relations contractuelles et opérationnelles avec ses sous-traitants

ou partenaires, doivent donc s'assurer du respect des règles de bon usage sur le périmètre d'actions impactant le SI de l'AP-HP. En particulier, la Trésorerie Générale doit s'assurer du respect des règles de bon usage du système d'information sur le périmètre du SI commun avec l'AP-HP. Une décision du Directeur général sera prise, après concertation avec les instances représentatives du personnel, sur les conditions générales d'utilisation par les organisations syndicales du système d'information de l'AP-HP.

## 1.2 Système d'information et de communication

Le système d'information et de communication de l'AP-HP est notamment constitué des éléments suivants : ordinateurs (fixes ou portables), périphériques (USB et autres), équipements biomédicaux ou de gestion technique centralisée connectés au réseau, assistants personnels, réseau informatique (serveurs, routeurs et connectique), photocopieurs et imprimantes multifonctions, téléphones, logiciels et progiciels, fichiers, données et bases de données, système de messagerie, Intranet, Extranet, abonnement à des services interactifs ainsi que toutes les procédures, consignes d'utilisation et modes opératoires.

Les règles édictées dans ce document, s'appliquent également à l'ensemble des équipements informatiques non fournis par l'AP-HP et interagissant avec les ressources internes du SI de l'AP-HP. Il s'agit, à titre d'illustration des équipements personnels, ou fournis par des partenaires, et autorisés à être connectés au SI de l'AP-HP, comme décrit dans la suite du document.

## 1.3 Cadre législatif et réglementaire

Le cadre législatif et réglementaire de la sécurité de l'information dans les établissements de santé est large. Il fait l'objet de l'annexe 1. Il porte sur les grands thèmes suivants :

- Les droits et libertés reconnus aux utilisateurs du SI de l'AP-HP, notamment la liberté d'expression, les libertés syndicales, et la liberté académique reconnue aux universitaires.
- Le traitement numérique des données, et plus précisément le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé et le respect de la vie privée.
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales.
- L'hébergement de données médicales.
- Le secret professionnel et le secret couvrant les données à caractère personnel relatives à la santé.

- La signature électronique des documents.
- Le secret des correspondances.
- La lutte contre la cybercriminalité.
- La protection des logiciels et des bases de données et le droit d'auteur.

La présente Charte informatique tient compte de la réglementation sur la sécurité de l'information en vigueur.

#### Art.2 Les règles générales d'utilisation

Il est de la responsabilité de chaque utilisateur d'adopter un comportement professionnel lors de l'utilisation du Système d'Information, en se conformant aux règles suivantes.

### **2.1 Respect des lois, des réglementations et de la déontologie**

Les utilisateurs se doivent d'être en conformité vis-à-vis des lois et des réglementations en vigueur, en particulier, le Code Pénal, le Code de la Santé Publique, le Code du Patrimoine, le Code des Postes et des Communications Électroniques portant notamment sur le secret de la correspondance, le Code de la Propriété Intellectuelle, la Loi Informatique et Libertés (LIL).

Il est notamment interdit :

- De diffuser des informations relatives à l'AP-HP, à ses agents, à ses patients (violation du secret médical) ou à ses partenaires, sauf si la conduite des activités le nécessite.
- D'accéder aux données à caractère personnel relatives à la santé sans justification professionnelle.
- De diffuser des images et films pris au sein de l'AP-HP des agents et des patients sans leur autorisation explicite et celle de l'AP-HP.
- De diffuser ou de télécharger des informations protégées par le droit d'auteur, qu'il s'agisse notamment d'écrits, d'images, de logiciels ou de bases de données, et de porter atteinte à tout signe distinctif appartenant à des tiers, en particulier aux droits de marques, notoires ou non, à toute dénomination sociale, enseigne, nom commercial et nom de domaine.
- De porter atteinte à la vie privée (sujets relatifs entre autres aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, aux origines ethniques, à la vie sexuelle ou à la santé des personnes).
- De publier tout propos contraire à la loi (notamment la diffamation, l'injure, les incitations aux crimes, à la discrimination, à la haine notamment raciale, le révisionnisme

et l'apologie des crimes, la compromission de mineurs ou leur exposition à des messages à caractère violent ou pornographique, ou toute incitation à la consommation de substances interdites), aux règles d'éthique et de déontologie.

- Tout acte relevant de la fraude informatique (falsification, modification, suppression et introduction d'informations avec l'intention de nuire).
- Tout non-respect des réglementations édictées en matière de traitement des informations à caractère personnel, dont la Loi Informatique et Libertés.

## 2.2 Loi informatique et libertés

La constitution de fichiers informatiques comportant des données à caractère personnel, c'est-à-dire permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique, est encadrée par des règles strictes édictées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). La création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel suppose ainsi, préalablement à sa mise en œuvre, l'accomplissement d'une formalité auprès du correspondant informatique et libertés de l'AP-HP pour les traitements relevant de son champ de compétence ou de la CNIL le cas échéant. Toute violation des principes et règles adoptés par la CNIL peut engager la responsabilité, y compris pénale, de l'AP-HP et/ou de son auteur. De ce fait, toute personne ou service, souhaitant mettre en place un traitement de données à caractère personnel doit se rapprocher, au préalable, du référent Loi Informatique et Libertés (LIL) de son GH/Site/PIC, généralement rattaché à la DSI des Groupes Hospitaliers.

## Art.3 Sécurité des équipements mis à disposition

### 3.1 Sécurité du poste de travail

#### **La configuration initiale du poste de travail doit être respectée.**

La configuration du matériel de l'AP-HP a été étudiée afin de garantir le bon fonctionnement et la sécurité du Système d'Information. De ce fait :

- Elle ne doit jamais être modifiée et doit être conservée telle qu'elle a été définie par la Direction des Systèmes d'Information de l'AP-HP.
- De même, afin de limiter tout risque de propagation de virus à travers le réseau informatique, l'utilisateur ne doit jamais désactiver les outils de sécurité, tel que l'antivirus, ou modifier leur paramétrage.
- Afin de limiter les risques d'intrusion, les postes de travail informatiques, quand ils sont connectés au réseau de l'AP-HP, ne doivent pas être connectés simultanément à

un autre réseau.

Dans le cadre du respect de la propriété intellectuelle et des règles d'usage des licences, la copie des logiciels mis à sa disposition par l'AP-HP est interdite, hormis les copies de sauvegarde. Chaque utilisateur doit se conformer aux restrictions d'utilisation des logiciels fournis par l'AP-HP.

#### **Les ordinateurs doivent être protégés physiquement.**

Chacun doit veiller à utiliser les moyens de protection fournis par l'AP-HP tels que les câbles antivols et les armoires à clé, afin d'éviter les vols ou la dégradation des équipements. Par ailleurs, les postes de travail fixes ne doivent pas être déménagés d'un local à un autre sans autorisation.

#### **Les sessions des ordinateurs doivent être verrouillées en cas d'absence.**

Afin d'empêcher tout risque d'intrusion dans le Système d'Information pouvant mener à des incidents de sécurité, telle que la fuite d'informations, chaque utilisateur doit s'assurer d'avoir verrouillé sa session, s'il est amené à laisser sa station de travail sans surveillance ou à quitter son bureau

#### **Les informations professionnelles nécessaires à la continuité des activités doivent être sauvegardées sur les répertoires réseaux mis à disposition.**

- L'AP-HP met à la disposition des utilisateurs des espaces de stockage afin qu'ils puissent sauvegarder et partager des informations. Les utilisateurs doivent être vigilants quant à l'usage qu'ils font de ces répertoires partagés, et sont responsables des informations qu'ils stockent sur ces ressources. Les documents électroniques et les messages professionnels qui reflètent les activités de l'AP-HP, ou qui formalisent les différentes étapes d'une tâche, d'une décision, d'une procédure, dans le cadre des missions liées à l'activité de l'AP-HP, sont à archiver.
- Les utilisateurs ne doivent jamais effacer, supprimer ou modifier des informations pouvant être nécessaires au bon déroulement des activités et des services rendus par l'AP-HP.
- Ils doivent procéder à des sauvegardes régulières des informations professionnelles, stockées localement sur leur ordinateur, sur les répertoires réseaux et ce, afin d'éviter tout risque de perte d'informations (en cas de défaillance de l'ordinateur par exemple).
- Pour les informations sensibles, l'utilisateur veillera à les stocker dans des répertoires avec des droits réservés aux seules personnes légitimes à y accéder (tels que les répertoires partagés entre les membres d'un service par exemple). En cas de doute, il pourra se renseigner auprès du support SI.

- Les informations sauvegardées sur les répertoires, y compris les répertoires personnels, doivent être conformes aux lois et règlements en vigueur (interdiction, entre autres, de stocker des informations à caractère pédopornographique, raciste, diffamatoires ou des copies illégales de logiciels, de films, de musique ou d'images).
- Toute personne, ou service, souhaitant un conseil sur le formalisme et les modalités d'archivage, numérique ou papier, doit se rapprocher du Service des Archives de l'AP-HP.

## 3.2 Sécurité des autres moyens du SI

### **Les supports amovibles doivent être utilisés avec vigilance.**

Les supports amovibles, tels que les clés USB, les appareils photos, les lecteurs MP3, ou les disques externes, sont susceptibles d'héberger des programmes informatiques pouvant porter atteinte à l'intégrité du Système d'Information (par exemple des virus, des vers, ou des chevaux de Troie) et par conséquent, menacer sa sécurité, et ce, parfois à l'insu de l'utilisateur. Leur installation est fortement déconseillée.

Chaque personne doit porter une attention particulière à la protection des supports amovibles contenant des informations couvertes par le secret professionnel. Ainsi, il est demandé à chaque personne de privilégier l'usage de matériels fournis par l'AP-HP, et de ne les connecter qu'à des postes de travail sécurisés (pourvus d'un antivirus). De plus, chaque utilisateur doit veiller à ne pas connecter des supports amovibles dont l'origine lui paraît suspecte.

Les supports amovibles utilisés, au regard la sensibilité des données stockées, assurent automatiquement la protection de leur contenu par chiffrement. Dans le cas contraire, l'utilisateur est chargé de chiffrer et déchiffrer les informations en utilisant les logiciels mis à disposition par l'AP-HP.

En cas de doute sur la fiabilité d'un support amovible, l'utilisateur doit se rapprocher du support SI de son Groupe Hospitalier ou de son site, qui pourra lui indiquer comment procéder à son analyse.

### **Les documents sensibles doivent être rapidement récupérés aux imprimantes.**

Les imprimantes sont souvent partagées, de ce fait, tout document confidentiel (contenant des données à caractère personnel relatives aux patients ou aux agents, ou des informations financières par exemple) doit être récupéré rapidement.

### **Les moyens de télécommunication sont à usage professionnel avant tout.**

L'AP-HP met à la disposition des utilisateurs des moyens de télécommunication tels que les télécopieurs (fax) ou les téléphones. Ces moyens de télécommunication sont réservés à des fins strictement professionnelles. Cependant, dans le cadre des nécessités de la vie courante, un usage personnel est toléré à condition qu'il soit conforme à la législation en vigueur et aux bonnes mœurs, et qu'il ne nuise pas aux tâches professionnelles incombant à l'utilisateur ou à la bonne conduite des activités de l'AP-HP. .

En outre, cet usage ne doit pas compromettre la sécurité du Système d'Information et la disponibilité des services de télécommunication mis à la disposition des utilisateurs.

### **Les téléphones portables et smartphones doivent être protégés par un code.**

Les téléphones portables et les smartphones, permettant de stocker et/ou d'accéder aux informations parfois confidentielles de l'AP-HP, doivent être protégés. Lorsque cela est techniquement possible, l'utilisateur doit définir un code PIN et un code de déverrouillage en prenant soin de choisir un code suffisamment complexe (en évitant les codes du type « 0000 » ou « 1234 »).

### **Accès à distance et utilisation en situation de mobilité**

L'accès à distance offre la possibilité d'utiliser le système d'information de l'AP-HP de manière équivalente à celle qui serait réalisée depuis les locaux de l'AP-HP. Il est notamment adapté au télétravail, aux astreintes, à répondre aux crises et aux difficultés d'accès à son lieu de travail.

L'utilisateur s'engage à utiliser exclusivement le dispositif d'accès à distance mis à disposition par l'AP-HP et à en respecter les règles d'utilisation. Il veillera notamment à ce qu'aucune autre personne ne voit ou n'accède aux données de l'AP-HP. Il veillera au respect de la confidentialité des données.

## **Art.4 Droit d'accès et mots de passe**

Les droits d'accès à tout ou partie du SI de l'AP-HP reposent sur l'usage d'un compte d'accès strictement personnel composé d'un identifiant (par exemple le code APH ou le code prestataire) et d'un authentifiant, tel que le mot de passe ou des cartes de professionnels de santé (CPS) ou de personnels d'établissement (CPE) avec son code confidentiel.

Les moyens d'authentification sont strictement personnels et confidentiels et ne doivent en aucun cas être communiqués à une tierce personne. En cas d'intervention du support SI nécessitant la communication de l'authentifiant, celui-ci devra être changé

Les utilisateurs sont seuls responsables des actions réalisées depuis leurs comptes d'accès à leurs ordinateurs.

L'encadrement s'assure que les droits d'accès accordés aux utilisateurs sous sa responsabilité correspondent à leurs missions.

Les droits d'accès associés à ces comptes feront l'objet de revues régulières afin de corriger toutes anomalies (droits non adéquats au regard des activités des utilisateurs par exemple). De plus, en cas de mobilité d'un utilisateur du SI, ses droits d'accès seront modifiés ou désactivés (annexe 2).

En cas de départ définitif :

- Le compte de l'utilisateur sera désactivé.
- Les traces relatives aux accès de l'utilisateur seront conservées 12 mois.
- Il appartient à l'utilisateur de récupérer ou d'effacer les données identifiées comme « privées » ou « personnelles », dans le respect de la charte informatique, avant son départ. Elles seront systématiquement effacées après le départ de l'agent et après information de celui-ci.
- Les données professionnelles seront conservées dans le respect du secret professionnel.

L'encadrement s'assure que les droits d'accès accordés aux utilisateurs sous sa responsabilité quittant leur service sont bien révoqués ou désactivés.

L'utilisation de comptes non personnels (par exemple les comptes génériques ou les comptes partagés) doit rester exceptionnelle. Dans le cas où l'utilisateur y a accès, il est responsable de l'usage qu'il fait de ces derniers, et se doit de respecter les règles de sécurité du présent document, au même titre que pour son compte personnel.

**Les mots de passe doivent respecter les règles de bonnes pratiques de la CNIL.**

L'utilisateur doit définir un mot de passe complexe, difficile à deviner par un tiers et doit veiller à le modifier régulièrement afin d'éviter toute usurpation de son identité. Vous trouverez toutes les informations et conseils sur le site intranet dédié à la sécurité de l'information à l'adresse <http://ssi.aphp.fr>.

**L'accès aux informations se fait au regard des nécessités professionnelles pour l'exercice de l'activité de chaque utilisateur.**

Tous les personnels de l'AP-HP sont soumis au secret professionnel dont le secret médical. Cette obligation revêt une importance toute particulière lorsqu'il s'agit de données à caractère personnel relatives à la santé. Les personnels se doivent de faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leur mission. Un comportement exemplaire est exigé dans toute communication, orale ou écrite, téléphonique ou électronique, que ce soit lors d'échanges professionnels ou au cours de discussions relevant de la sphère privée. Afin de garantir la qualité des services rendus par l'AP-HP et l'intégrité de son SI, chaque utilisateur ne doit accéder qu'aux seules informations nécessaires à la réalisation de son activité professionnelle et dans le respect des principes de confidentialité. Les informations consultées dans le cadre de tâches professionnelles ne doivent être utilisées qu'à ce titre.

Lorsqu'une personne estime qu'elle ne dispose pas des habilitations adaptées au bon exercice de ses activités professionnelles, elle doit s'adresser à son Responsable hiérarchique afin de les faire modifier.

## **Art.5 Utilisation d'Internet**

Internet rend accessible à tous un très grand nombre d'informations, au travers de sites offrant un degré de confiance très variable. De plus, l'intégrité et la confidentialité des informations qui y sont transmises ne peuvent être garanties. De ce fait, les utilisateurs doivent être conscients que les informations transitant sur Internet peuvent, à tout moment, être interceptées par des tiers.

### **Internet est à usage professionnel avant tout.**

L'AP-HP met à la disposition des utilisateurs l'accès à Internet. Cet accès est réservé à des fins strictement professionnelles. Cependant, dans le cadre des nécessités de la vie courante, un usage personnel (réservation de billets de trains, consultation de plans ou horaires, appels d'urgence...) est toléré, à condition qu'il soit conforme à la législation en vigueur et aux bonnes mœurs, et qu'il ne nuise pas aux tâches professionnelles incombant à l'utilisateur ou à la bonne conduite des activités de l'AP-HP.

En outre, cet usage ne doit pas compromettre la sécurité du Système d'Information et la disponibilité des services Internet, mis à la disposition des utilisateurs.

La consultation de sites Internet ou le téléchargement de fichiers qui pourraient, au sens le plus large, être considérés comme illégaux ou immoraux sont interdits, sauf si cela est expressément requis dans le cadre des activités professionnelles des utilisateurs.

**L'accès à Internet avec les équipements de l'AP-HP doit se faire au travers des infrastructures fournies par l'AP-HP.**

Depuis les locaux de l'AP-HP, l'accès à Internet avec les équipements de l'AP-HP est autorisé à travers les infrastructures configurées et fournies par l'AP-HP. Il est par conséquent, strictement interdit, d'utiliser des réseaux WIFI externes dans les locaux de l'AP-HP pour accéder à Internet. De même, il est interdit d'installer et d'utiliser une borne WIFI privée au sein de l'AP-HP sans autorisation expresse du représentant habilité de l'AP-HP

Dans le cas des utilisateurs nomades, se trouvant à l'extérieur des locaux de l'AP-HP, l'accès au réseau de l'AP-HP au travers d'accès Internet externes (par exemple Internet personnel ou bornes WIFI) est autorisé, sous réserve qu'ils veillent à utiliser les moyens de connectivité sécurisés fournis par l'AP-HP (par exemple l'accès VPN). Cet accès se fait sur demande à la DSI sous couvert de l'autorité hiérarchique.

**L'accès à des sites, initialement bloqués par l'AP-HP, est interdit sauf cas dérogatoire.**

L'AP-HP se réserve le droit de bloquer l'accès à tout site Internet non indispensable aux activités professionnelles, interférant avec le déroulement normal des activités de l'AP-HP (exemple : problèmes de débit Internet et de saturation réseau) ou présentant un risque d'incident de sécurité. Par ailleurs, les sites contenant des éléments pornographiques, indécents, incitants à la haine, insultants ou relatifs au piratage informatique sont bloqués par les règles de filtrage.

**Gestion des communications chiffrées.**

L'AP-HP se réserve le droit de déchiffrer les flux de communication chiffrés à destination de l'Internet.

Cette fonction est utilisée pour identifier les logiciels malveillants, protéger le patrimoine informationnel ou encore de détecter des flux sortants anormaux. Les sites relevant des catégories « Santé » et « Services financiers » sont exclus de cette analyse.

**La publication depuis le Système d'Information de l'AP-HP doit se faire dans le respect de la loi et des codes de déontologie professionnelle.**

La publication de contenu professionnel et/ou personnel, depuis le Système d'Information de l'AP-HP, sur des blogs, forums, réseaux sociaux, ou sites non professionnels, c'est-à-dire non partenaires ou non administrés par l'AP-HP, engage la responsabilité de l'utilisateur

et l'image de l'AP-HP. Cette publication doit donc se faire dans le respect de principes énumérés à l'article 2 et des codes de déontologie professionnelle pour les professions qui en disposent

**Les outils de communication audiovisuelle par Internet doivent être utilisés pour l'échange d'informations confidentielles avec vigilance.**

Les outils de communication audiovisuelle par Internet (téléphonie, visio-conférence) peuvent comporter des failles pouvant constituer une menace pour la sécurité du Système d'Information et des informations échangées (possibilité d'interception des échanges par une tierce personne ou contournement des moyens de protection tels que les pare-feu par exemple).

## **Art.6 Utilisation de la messagerie électronique**

**La messagerie électronique est à usage professionnel avant tout.**

L'AP-HP met à la disposition des utilisateurs une messagerie électronique. Cette messagerie est réservée à des fins strictement professionnelles. Cependant, dans le cadre des nécessités de la vie courante, un usage personnel est toléré à condition qu'il soit conforme à la législation en vigueur et aux bonnes mœurs, et qu'il ne nuise pas aux tâches professionnelles incombant à l'utilisateur et à la bonne conduite des activités de l'AP-HP. En outre, cet usage ne doit pas compromettre la sécurité du Système d'Information et la disponibilité des services de messagerie, mis à la disposition des utilisateurs.

L'utilisateur est responsable du contenu et de la forme de tout message qu'il émet avec son adresse de messagerie AP-HP. Il ne doit pas se faire passer pour une autre personne en utilisant son adresse et ne doit pas modifier les documents reçus.

Tout message envoyé depuis l'adresse professionnelle AP-HP, associe nécessairement l'AP-HP à son contenu. L'utilisateur doit donc veiller à ce que celui-ci ne porte pas atteinte à l'image ou à la réputation de l'AP-HP. De ce fait, il est interdit d'envoyer ou de faire suivre un message, contenant des informations illicites ou offensantes.

L'utilisation d'une messagerie sécurisée est obligatoire pour tout échange de données à caractère personnel relatives à la santé. Pour les échanges de données personnelles de santé avec le patient, le professionnel de santé doit obtenir son accord éclairé.

## Art.7 Remontées des incidents par les utilisateurs

Traçabilité et procédures de contrôle anomalie suspectée ou avérée concernant le SI de l'AP-HP (par exemple les vols ou pertes de matériel, les vols ou pertes d'informations, ou les dysfonctionnements du poste de travail, un incident sur une application), ou toute violation des règles décrites dans le présent document, doivent être signalées au support SI ou à votre responsable hiérarchique, qui traiteront l'incident.

En outre, en cas d'accès accidentel à un site Internet illicite ou potentiellement dangereux (site corrompu ou susceptible d'être vecteur d'une infection virale), déconnectez-vous immédiatement du site et informez le support SI.

Une fois déclarés, les incidents sont traités par les services compétents en fonction de leur nature.

## Art.8 Tracabilité, procédures de contrôle et sanctions

### 8.1 Traçabilité et procédures de contrôle

Conformément à la réglementation, l'AP-HP trace et contrôle les communications et l'usage de ses équipements pour, notamment :

- Etre à même de fournir des preuves nécessaires pour mener les enquêtes en cas d'incident de sécurité et de répondre à toute réquisition officielle présentée dans les formes légales notamment de la police judiciaire conformément aux obligations légales de l'AP-HP en la matière ;
- Contrôler le volume d'utilisation de la ressource, détecter des anomalies afin d'améliorer la qualité de service, faire évoluer les équipements en fonction des besoins (métrologie du réseau) ;
- Vérifier que les règles en matière de sécurité des Systèmes d'Information (fonctionnement de l'antivirus, installation des correctifs de sécurité...) sont correctement appliquées et conformes à la politique de sécurité ;
- Détecter toute défaillance ou anomalie de sécurité, volontaire ou accidentelle, passive ou active, d'origine matérielle ou humaine.

Cette surveillance consiste en une analyse des traces laissées par l'utilisateur à l'occasion de l'utilisation des outils mis à disposition. Les données collectées sont entre autres :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il est accédé ;
- Le type d'opération réalisée ;
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'AP-HP ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet).

Ces données collectées sont archivées pendant 1 an, au-delà un archivage anonyme de deux ans, est conservé à des fins statistiques.

Les traitements informatiques portant sur ces données à caractère personnel font l'objet d'une déclaration normale auprès de la CNIL (Récépissé N°1562250 V1 daté du 26 mars 2012) conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Ainsi, l'AP-HP surveille et analyse les dispositifs professionnels dont :

- L'utilisation d'internet,
- L'utilisation de la messagerie électronique,
- L'utilisation des téléphones et télécopieurs,
- L'accès aux postes de travail et aux applications ainsi que les actions effectuées,
- Les accès aux répertoires partagés ou aux bases collaboratives.

L'AP-HP n'effectue aucun contrôle a priori de l'activité des utilisateurs.

Toutes les données, tous les messages électroniques, tous les SMS émis, reçus ou stockés sur le Système d'Information de l'AP-HP ou sur un matériel ou un système informatique fourni par l'AP-HP non identifiés comme étant personnels seront, par défaut, considérés comme étant professionnels.

De ce fait, chacun doit veiller à clairement identifier la nature personnelle d'un message ou d'une donnée en indiquant la mention « Privé » ou « Personnel » dans le titre de celui-ci ou en le stockant dans un répertoire portant cette même mention. De plus, l'utilisateur ne doit en aucun cas transformer ou qualifier des messages ou des données de nature professionnelle en messages ou données personnels.

En cas de risque particulier susceptible de porter préjudice à l'AP-HP, à l'un de ses agents ou à un tiers, dans l'un des cas visés par l'article 2.1 ou dans le cadre d'une enquête judiciaire, l'AP-HP pourra être amenée à consulter les traces nominatives et l'ensemble des données à caractère personnel des utilisateurs en présence du propriétaire des informations concernées ou celui-ci dûment prévenu.

En cas d'absence ou de départ de l'utilisateur, quel qu'en soit le motif, l'utilisateur doit s'organiser pour permettre à l'AP-HP d'accéder à tous les fichiers non classés sous les répertoires « mes données personnelles », ceux-ci étant présumés à caractère professionnel, qu'il a enregistré sur son poste ou sur le serveur de l'AP-HP, au besoin par la communication de ses mots de passe.

Pour assurer la continuité de son activité et en particulier la continuité de la prise en charge des patients, l'AP-HP pourra accéder aux informations professionnelles stockées dans le système d'information de l'AP-HP.

Les modalités d'accès par l'AP-HP aux informations médicales garantiront la préservation du respect du secret médical. Elles ne pourront avoir lieu qu'en présence du professionnel de santé dépositaire de l'information à caractère personnel relative à la santé après avoir été préalablement informé, à défaut de la présence du professionnel de santé, celle d'un représentant de la Commission Médicale d'Etablissement Locale ou Centrale.

Les modalités d'accès par l'AP-HP aux informations relatives aux activités universitaires garantiront la préservation du respect du secret professionnel. Elles ne pourront avoir lieu qu'en présence du professionnel dépositaire de l'information relative aux activités universitaires après avoir été préalablement informé, à défaut de la présence du professionnel, celle d'un représentant nommé par le Doyen de l'Université auquel le professionnel est rattaché.

L'accès par l'AP-HP aux informations liées aux activités syndicales ou à des activités de représentation (CME, CHSCT, CTE, ...) ne pourra avoir lieu qu'avec l'accord explicite et écrit de l'utilisateur concerné qui pourrait se faire assister par un représentant syndical de son choix ou un représentant de son choix, membre de l'instance à laquelle il appartient.

## 8.1 Sanctions

En cas de violation avérée des politiques et des règlements en vigueur dont les règles de la Charte d'utilisation du Système d'Information et conformément au règlement intérieur, l'AP-HP se réserve le droit d'entamer une procédure pour des mesures disciplinaires appropriées et proportionnelles aux actes (blâmes, avertissements, etc.) à l'encontre des agents concernés. Par ailleurs, l'AP-HP pourra procéder à la suspension des droits d'accès de l'utilisateur au SI après que ce dernier ait été mis à même de présenter ses observations. En cas de violation des règles définies en 2.1, le Directeur général de l'AP-HP pourra décider une suspension immédiate des droits d'accès à titre conservatoire. De plus, certaines violations pourront également faire l'objet de poursuites judiciaires.

En cas de suspension ou interruption des droits d'accès de l'utilisateur au SI, l'AP-HP permettra à l'utilisateur la récupération des données pendant un délai d'un mois dans le respect des règles de propriété des données.

Concernant les utilisateurs liés par un contrat de prestation ou une convention avec l'AP-HP, tels que les intérimaires, les partenaires ou les fournisseurs, toute violation des règles de bon usage du Système d'Information, pourra engendrer la rupture dudit contrat et des poursuites à l'égard de l'entreprise d'origine ou de la personne concernée.

## Art.9 Application de la charte d'utilisation du système d'information et publicité

Conformément à l'article L. 6143-7 du Code de la santé publique, le Directeur Général de l'AP-HP a arrêté la présente charte d'utilisation du Système d'Information après :

- Information de la commission centrale et des commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, en date du 14 décembre 2015 ;
- Information des doyens des UFR de médecine de la Région Ile de France ;
- Consultation des instances représentatives centrales de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris compétentes :
- Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central, lors de la séance du 22 septembre 2015 ;
- Le comité technique d'établissement central, lors de la séance du 5 octobre 2015 ;
- La commission médicale d'établissement, lors des séances du 12 mai 2015 ;
- Soumission pour avis au conseil de surveillance lors de la séance du 10 décembre 2015 ;
- Soumission pour concertation au Directoire lors de la séance du 17 novembre 2015 ;

Les présentes règles de la Charte d'utilisation du Système d'Information, annexe du règlement intérieur, ont été adressées au directeur général de l'agence régionale de santé après la tenue du conseil de surveillance du 10 décembre 2015.

La Charte d'utilisation du Système d'Information entre en vigueur à compter de la date de publication mentionnée sur la page de garde.

La Charte d'utilisation du Système d'Information est publiée sur le site Intranet de l'AP-HP.

La Charte d'utilisation du Système d'Information sera modifiée en fonction du contexte législatif et réglementaire.

Un rappel des textes juridiques fait l'objet de l'annexe 1.

Une règle de gestion des conditions d'accès et de sortie du Système d'Information lors de l'arrivée ou du départ des agents de l'AP-HP fait l'objet de l'annexe 2.

Un glossaire fait l'objet de l'annexe 3.

Toute modification du présent document sera notifiée aux utilisateurs par le biais du mailing, de la publication intranet et par voie d'affichage et selon la nature des modifications par une information (modification non substantielle) ou par un avis (modification substantielle) des instances représentatives centrales.

Pour toute question relative au document, la Direction des Systèmes d'Information, la Direction des Affaires Juridiques, le Responsable Sécurité du Système d'Information de votre entité ou de l'AP-HP peuvent être consultés.

# Principes essentiels du fonctionnement des pôles

## I. Les structures médicales à l'AP-HP

### I.1 Pôles, structures internes des pôles et fédérations

L'Assistance publique-hôpitaux de Paris est organisée au plan médical en pôles d'activité hospitalo-universitaires.

Les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques 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.

Chaque structure est obligatoirement placée sous la responsabilité d'un praticien. Son appellation (service, département, centre, institut, secteur, etc.) est fixée par le directeur du groupe hospitalier sur proposition du chef de pôle.

#### • Les pôles d'activité

Les pôles d'activité sont constitués conformément au projet médical d'établissement. Ils sont dotés d'une masse critique suffisante pour constituer le support d'une gestion déconcentrée et d'une démarche de contractualisation.

#### • Les services et les 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).

## • Les fédérations

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.

L'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération sont définis par un protocole.

Ce protocole est arrêté par les directeurs des groupes hospitaliers concernés, après avis des présidents des commissions médicales d'établissement locales, des comités techniques d'établissement locaux et des directeurs d'unité de formation et de recherche (UFR) concernés, en accord avec les chefs de pôles concernés.

Ce protocole précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels à ses activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du coordonnateur médical. Les fédérations « supra GH » peuvent se constituer en pôle « supra GH ».

## • Les départements hospitalo universitaires (DHU)

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 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.

## **I.II Création, modification et suppression des structures médicales**

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 CMEL, avis du directeur de l'UFR médicale et avis du CTEL.

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

Est considéré comme une modification du pôle tout ajout ou suppression d'activité dévolue au pôle et figurant dans l'arrêté constitutif du pôle.

Les services sont créés, modifiés ou supprimés par décision du directeur général ou, en vertu de la délégation qu'il leur a accordée, 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 CME, du président de la CME locale et avis du CTE local.

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

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

Les fédérations « supra-GH » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur général, après concertation avec le directoire.

La création, modification ou suppression d'une fédération « supra GH » est :  
-soit effectuée à la demande du directeur général après concertation avec le directoire,

-soit proposée par les directeurs des groupes hospitaliers.

La création, la modification ou la suppression d'une fédération « supra GH » est effectuée après avis du président de la CME, de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement central, après concertation avec les comités exécutifs et les responsables des structures médicales concernées, avis du ou des directeurs des UFR médicales concernée(s), des présidents des CMEL concernés, et avis des CTCL concernés. Les fédérations « intra-GH » sont créées, modifiées ou supprimées par le directeur du groupe hospitalier, après concertation avec le comité exécutif et les responsables des structures médicales concernées, après avis du président de la CME, du directeur de l'UFR médicale et après avis du président de la CMEL et du CTCL.

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

Les décisions qui se limitent à modifier l'appellation des pôles ou fédérations supra-GH font l'objet d'une décision du directeur général après concertation avec le directoire. Celles qui se limitent à modifier l'appellation des services, unités fonctionnelles et fédérations intra-GH font l'objet d'une décision du directeur du groupe hospitalier, après concertation avec le comité exécutif.

## **II. La gouvernance du pôle**

### **II.I Nomination, fonctions et missions**

#### **1-Chef de pôle**

##### **A - Nomination et fin de fonctions du chef de pôle**

###### **Nomination**

Le chef de pôle est nommé, pour une période 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.

###### **Fin de fonctions**

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur général après avis du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

##### **B - Les missions du chef de pôle**

Le chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique 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, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, 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. 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. Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle.

Le chef de pôle :

- élabore, sur la base du contrat de pôle, le projet de pôle à partir du projet médical et du projet de soins de l'AP-HP et du groupe hospitalier. Il inscrit dans le projet de pôle les engagements concrets relatifs à la politique managériale du pôle ;
- promeut une politique d'enseignement et de recherche conforme à la dimension hospitalière et universitaire de son pôle, en collaboration étroite avec les responsables des services ou unités fonctionnelles (UFP et UFS) de son pôle. Les financements obtenus au titre des missions d'enseignement, de référence et d'innovation (MERRI) sont répartis par le groupe hospitalier entre les pôles et leurs structures internes au regard des indicateurs d'activité définis au niveau national. Leur montant et leur répartition sont retracés dans un document annuel, transmis au chef de pôle ;
- promeut la politique de participation des personnels au sein du pôle ;
- organise au sein du pôle les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants ;
- développe des complémentarités et des coopérations avec les autres pôles du groupe hospitalier et de l'AP-HP ;
- représente au sein du groupe hospitalier le pôle et les équipes qui le constituent, dans le respect des responsabilités et compétences propres à chacun des professionnels qui y exercent ;
- prépare avec le cadre administratif du pôle et le cadre paramédical du pôle les objectifs et les demandes de moyens du pôle. Il les négocie avec le directeur du groupe hospitalier. Il est responsable de leur mise en œuvre ;
- rend compte régulièrement au directeur du groupe hospitalier de la réalisation des objectifs fixés au pôle à partir des indicateurs qualitatifs et quantitatifs prévus dans le contrat de pôle ;
- met en œuvre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS et CAPCU). Au sein du pôle, Il désigne à ce titre un correspondant/référent dans les différents domaines de la qualité et sécurité des soins (CLAN, CLUD, hémovigilance, etc) ;
- évalue périodiquement l'adéquation de l'organisation et des moyens de prise en charge des patients par l'équipe médico-soignante avec les objectifs de qualité et gestion des risques ;
- propose la création, la modification ou la suppression des structures internes du pôle au directeur du groupe hospitalier ;
- rend un avis sur la nomination des responsables des structures internes ;

- s'assure de la mise en œuvre au sein du pôle de la politique de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en matière de prévention des risques professionnels, d'amélioration des conditions de travail, de prévention des situations conflictuelles ou à risques ainsi que des conditions de la qualité de vie au travail ;
- favorise le développement des compétences et du savoir-faire des personnels médicaux et paramédicaux ;
- gère les ressources de son pôle en conformité avec la politique définie par le directeur du groupe hospitalier ;
- dans tous les domaines énumérés par l'article R. 6146-8 du Code de la santé publique, exerce une responsabilité de gestion précisée dans le contrat de pôle ;
- s'assure de la qualité et de l'exhaustivité du codage « PMSI », de la saisie des actes externes, dont les actes hors nomenclature (pour les pôles concernés) ;
- a autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du pôle.

## **2-Praticien adjoint au chef de pôle**

En considération de la taille du pôle d'activité, de son éventuel caractère multi-site et de la nécessité d'y coordonner ses activités de façon spécifique, 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.

Sous l'autorité du chef de pôle, le praticien adjoint au chef de pôle assure la bonne coordination des activités médicales, médico-techniques, de recherche et d'enseignement sous l'autorité du chef de pôle, dans le cadre que celui-ci définit dans une lettre de mission. Il assure cette fonction dans le respect des prérogatives et attributions dévolues aux chefs de service, et aux praticiens responsables d'unités fonctionnelles concernés. La fonction d'adjoint au chef de pôle n'a pas pour effet de confier à celui qui l'exerce la responsabilité du pôle concerné en cas de vacance de chef de pôle.

## **3- Directeur référent**

Un directeur référent peut être désigné au sein de l'équipe de direction, pour chaque pôle d'activités, par le directeur du groupe hospitalier. Il représente en gestion courante la direction du groupe hospitalier auprès du chef de pôle. Il assiste le chef de pôle dans la mise en œuvre des projets de pôle.

Il conseille le chef de pôle dans la préparation du projet de pôle, du contrat de pôle, des prévisions annuelles d'activité et du rapport d'activité annuel du pôle. Il procède avec le chef de pôle, le cadre paramédical et le cadre administratif de pôle au suivi de l'évolution des ressources du pôle ainsi qu'à l'évaluation et à l'analyse de son activité. Il participe à la définition des indicateurs spécifiques au pôle, nécessaires au bon suivi de la mise en œuvre du contrat.

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

#### **4. Collaborateurs du chef de pôle**

Le chef de pôle, dans l'exercice de ses fonctions, peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs, choisis parmi les cadres paramédicaux et les cadres administratifs, formés à cette fonction. 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.

##### *A. Cadre paramédical de pôle (CPP)*

Sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, le cadre paramédical de pôle organise la continuité, la qualité et la sécurité des activités paramédicales au sein du pôle, ainsi que l'affectation des ressources humaines paramédicales nécessaires aux activités et objectifs du pôle. Il peut être assisté d'un cadre paramédical de pôle adjoint choisis parmi les cadres de santé du pôle. Ces adjoints le suppléent en son absence.

Le cadre paramédical de pôle :

- contribue à l'élaboration du projet de pôle dans son champ de compétence et veille à sa mise en œuvre et à son évaluation en lien avec la direction des soins du groupe hospitalier ;
- planifie, organise, coordonne et contrôle les activités paramédicales du pôle. Il s'assure, dans le respect de la qualité et de la sécurité, de l'optimisation des moyens et équipements dédiés ;
- développe, au sein du pôle, une politique d'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ;
- participe à l'élaboration du projet d'encadrement et du projet managérial du pôle ; il en assure la mise en œuvre et le suivi ;

- s'attache à optimiser avec la direction des ressources humaines et la direction des soins du groupe hospitalier l'organisation et les conditions de travail des personnels ;
- participe et promeut les missions d'enseignement et de recherche du pôle ;
- organise avec le chef de pôle la communication et la concertation interne au pôle ;
- rend compte auprès du coordonnateur général des soins des actions conduites en lien avec le projet de soins

### ***B.Cadre administratif de pôle (CAP)***

Le cadre administratif de pôle :

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

## 5. Chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle

### *A – Nomination des chefs de service ou responsables d'unité fonctionnelle de pôle*

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 discuté en conseil de service, accompagné des observations recueillies auprès de ce dernier.

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.

### *B – Nomination des responsables d'unité fonctionnelle de service*

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.

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

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.

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.

### *D – Missions des chefs de service et des responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service*

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 établissent notamment les tableaux de service nominatifs prévisionnels et réalisés du service ou de l'unité fonctionnelle.

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.

## **6. Exercice provisoire de fonctions de responsabilité médicale**

En cas de vacance 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'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, après avis du directeur du groupe hospitalier, du président de la commission médicale d'établissement locale et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée.

En cas de vacance des fonctions de responsable de structure interne de 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'Assistance publique – hôpitaux de Paris, répondant aux conditions légales requises, pour exercer provisoirement ces fonctions sur proposition du président de la commission médicale d'établissement locale, après avis du chef de pôle, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale concernée (s'il y a lieu) et, le cas échéant, 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.

## **7. Coordonnateur médical de fédération**

Le coordonnateur médical d'une fédération supra-GH est désigné :

- par le directeur général de l'AP-HP,
- sur proposition conjointe du ou des directeurs de groupes hospitaliers et des présidents de CMEL,
- après avis du président de la commission médicale d'établissement, des directeurs d'unité de formation et de recherche concernés et des chefs de pôles concernés.

Le coordonnateur médical d'une fédération intra-GH est désigné :

- par le directeur du groupe hospitalier,
- sur proposition du président de la CMEL
- après avis du directeur d'unité de formation et de recherche concerné et des chefs de pôles concernés.

## 8. Notion d'autorité fonctionnelle

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

Il exerce à cet effet une « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, paramédicales, administratives et d'encadrement du pôle.

L'autorité fonctionnelle du chef de pôle s'insère dans l'organigramme global du groupe hospitalier. Elle s'exerce :

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

L'autorité fonctionnelle s'entend par :

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

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

Les responsables des services et unités fonctionnelles disposent également d'une autorité fonctionnelle sur les personnels de la structure dont ils ont la charge.

Les chefs de service et les responsables des unités fonctionnelles sont chargés de veiller, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle, à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.

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

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

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

Dans les deux mois suivant leur nomination, le directeur du groupe hospitalier propose aux chefs de service et aux responsables d'unité fonctionnelle de pôle ou de service une formation adaptée à l'exercice de leurs fonctions.

Il est proposé à tout nouveau chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle de pôle qui le souhaite un dispositif d'accompagnement dans sa prise de fonctions.

## **II.III Entretiens individuels**

### **II.III.I. Entretien annuel individuel des praticiens**

Un entretien annuel individuel est organisé pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps. Il constitue un temps d'expression et d'écoute mutuelle.

Il permet de faire le bilan de l'année écoulée en vue de favoriser la meilleure adaptation possible des projets professionnels personnels au projet de la structure et, plus largement, de l'AP-HP. Il permet notamment de s'assurer que l'activité professionnelle et les compétences développées par chaque praticien sont bien en cohérence avec le projet médical de la structure. Il fait l'objet d'un document daté et signé attestant que l'entretien s'est déroulé. Si un compte rendu commun est rédigé, sa rédaction peut s'appuyer sur la grille d'entretien annuel. Le compte rendu est conservé au sein de la structure médicale concernée. Une copie en est communiquée au praticien.

En cas de difficultés, le chef de service en informe le directeur du groupe hospitalier et le président de la CMEL.

Cet entretien annuel individuel est organisé :

- 1°. pour chaque chef de pôle avec le directeur du groupe hospitalier, le directeur de l'UFR et le président de la CMEL ;
- 2°. pour chaque chef de service et responsable d'unité fonctionnelle de pôle avec son chef de pôle ;
- 3°. pour chaque responsable d'unité fonctionnelle de service avec le chef de service ;
- 4°. pour chaque praticien exerçant au moins à mi-temps avec le chef de service, qui peut déléguer cette responsabilité au responsable d'unité fonctionnelle dont relève le praticien.

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

Les conditions dans lesquelles ces comptes rendus peuvent être portés à la connaissance des personnes chargées de traiter les situations complexes sont définies dans les documents afférant au plan RHPM.

### **II.III.II. Entretien annuel d'évaluation des cadres de pôle**

Un entretien annuel d'évaluation est organisé :

- 1° pour le cadre paramédical de pôle, avec le coordonnateur général des soins
- 2° pour le cadre administratif de pôle, avec le directeur fonctionnel dont il relève.

## III. Contrats, projets et gestion du pôle

### III.I Le contrat de pôle

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 qui atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement, ainsi que par le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, la CMEL en étant informée. Il 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 évaluer la réalisation de ces objectifs.

Le contrat de pôle définit par ailleurs le champ et les modalités d'une délégation de signature qui peut être accordée au chef de pôle. (cf. III.III. Délégations de signature)

Le contrat de pôle précise également le rôle du chef de pôle dans les domaines suivants :

- 1° Gestion du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
- 2° Gestion des tableaux de service des personnels médicaux et non médicaux ;
- 3° Définition des profils de poste des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques ainsi que des personnels du pôle relevant de la fonction publique hospitalière ;
- 4° Proposition au directeur de recrutement du personnel non titulaire du pôle ;
- 5° Affectation des personnels au sein du pôle ;
- 6° Organisation de la continuité des soins, notamment de la permanence médicale ou pharmaceutique ;
- 7° Participation à l'élaboration du plan de formation des personnels de la fonction publique hospitalière et au plan de développement professionnel continu des personnels médicaux, pharmaceutiques, maïeutiques et odontologiques.

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

## *Déclinaison annuelle du contrat de pôle*

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

### **III.II Projets de pôle, de service et d'unité fonctionnelle de pôle**

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 et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés à son pôle. Il prévoit les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Chaque pôle, chaque service et chaque unité fonctionnelle de pôle est doté d'un projet de pôle, de service ou d'unité fonctionnelle établi respectivement par le chef de pôle, le chef de service ou le responsable d'unité fonctionnelle de pôle en concertation avec leurs équipes.

Ce projet est rédigé dans un délai de trois mois après la nomination du responsable concerné sur la base et après la signature du contrat de pôle.

Le projet de pôle définit de façon opérationnelle comment atteindre les objectifs du contrat de pôle :

- déclinaison des objectifs stratégiques en objectifs et projets opérationnels ;
- élaboration de plan d'actions définissant les chantiers à conduire, les méthodes de travail ;
- les modalités d'implication des différents acteurs au sein du pôle.

### **III.III Délégations de signature**

Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature pouvant être accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants :

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

### **III.IV Gestion en matière de ressources humaines médicales**

Le chef de pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel médical qui lui sont alloués pour remplir les missions fixées par le contrat et ses annexes annuelles.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le chef de pôle et la direction du groupe hospitalier et entre la direction du groupe hospitalier et la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) s'agissant des personnels titulaires.

Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part les membres du pôle et la direction du groupe hospitalier selon des modalités définies par le contrat de pôle.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle, en lien avec la direction du groupe hospitalier et en associant les responsables des structures internes du pôle :

- gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) du personnel médical « junior » du pôle et l'affectation interne des moyens, et notamment :
  - les demandes de poste d'assistants spécialistes,
  - les demandes de postes de praticiens hospitaliers.

Le chef de pôle décide de l'affectation des moyens en personnel médical (PM) non permanent au sein du pôle (répartition des demi-journées au sein des structures internes, gestion des quotités de travail).

Le chef de pôle peut en cours d'année proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition des ressources du pôle en personnel médical (PM) dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du pôle. Il met en œuvre cette décision en lien avec la direction du groupe hospitalier.

Dans le cadre de la révision annuelle des effectifs, le chef de pôle transmet un état priorisé des demandes des structures internes du pôle. Cet état est examiné par le comité exécutif qui établit le classement des demandes pour le groupe hospitalier.

Le chef de pôle établit un plan de recrutement comportant l'identification des postes médicaux à pourvoir et la date de prise de poste. Ce plan est présenté à la direction du groupe hospitalier. Le chef de pôle reçoit l'ensemble des candidats à recruter. Il donne son avis sur ces recrutements et le communique à la direction du groupe hospitalier.

Le chef de pôle :

- ❑ propose la nomination des praticiens hospitaliers et donne un avis motivé à l'issue de la période probatoire,
  - ❑ propose le recrutement des praticiens contractuels (praticiens attachés, assistants, praticiens contractuels),
- propose la participation de professionnels de santé libéraux aux activités du pôle dans le cadre de l'article L.6146-2 du Code de la santé publique.

Le chef de pôle affecte les personnels médicaux au sein du pôle à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au pôle. Il informe la direction du groupe hospitalier de la répartition de personnels médicaux au sein du pôle et de ses modifications, lorsqu'elles ont lieu. Ces informations font l'objet d'un état mensuel partagé.

Le chef de pôle détermine et coordonne, en fonction de l'activité, l'organisation du travail de l'ensemble des personnels médicaux du pôle dans le respect de la déontologie de chaque praticien. A ce titre, il :

- définit le tableau général de service des structures internes au pôle,
- valide les tableaux de service prévisionnels nominatifs,
- valide les tableaux de service nominatifs réalisés,
- valide les demandes d'épargne de jours de congés sur le compte épargne temps (CET) formulées par les personnels médicaux du pôle,
- donne son avis sur les premières demandes et les demandes de renouvellement d'exercice d'activité libérale formulées par les praticiens titulaires à temps plein du pôle,
- propose la signature de contrats de temps de travail additionnel au directeur du groupe hospitalier,
- organise les dispositifs de permanence des soins au sein du pôle en lien avec la Commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du groupe hospitalier, et en conformité avec la politique du groupe hospitalier et de l'AP-HP en matière de permanence des soins.

Le chef de pôle propose un plan de développement professionnel continu (DPC) des personnels médicaux du pôle. Ce plan est élaboré à partir des besoins spécifiques du pôle et des priorités du groupe hospitalier.

### **III.V Gestion en matière de ressources humaines non médicales**

Le chef de pôle a connaissance des moyens de fonctionnement en personnel non médical qui lui sont autorisés pour remplir les missions fixés par le contrat et ses annexes annuelles. Ces moyens sont notifiés au moins annuellement selon une forme, un niveau de détail et une ventilation entre personnels permanents et moyens de remplacement définis par le groupe hospitalier. La notification fait suite à un dialogue de gestion entre le pôle et la direction du groupe hospitalier. Leur utilisation fait l'objet d'une information et d'un suivi auxquels prennent part le pôle et la direction du groupe hospitalier selon des modalités définies par le contrat de pôle.

Le chef de pôle peut, dans le cadre du cycle budgétaire et selon les règles institutionnelles, proposer des modifications, soit pérennes, soit non pérennes, de la répartition de ses ressources en personnel non médical dans le respect des règles de fongibilité et du volume global de la masse salariale du pôle. Il met en œuvre cette décision dans le cadre défini avec la direction du groupe hospitalier, qui les répercute dans le cadre du cycle de gestion budgétaire du groupe hospitalier.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle gère le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés du personnel permanent, en concertation avec le cadre paramédical du pôle, ainsi que les moyens de remplacement du pôle et notamment l'affectation interne des moyens.

Le chef de pôle propose l'affectation en son sein les personnels non médicaux, à l'occasion de leur recrutement ou dans le cadre de mobilités internes au pôle. Il assure l'information mensuelle de la direction sur la répartition des personnels non médicaux au sein du pôle et de ses modifications.

Le chef de pôle donne un avis sur proposition du cadre paramédical de pôle sur la promotion interne des personnels non médicaux qui lui sont affectés.

### **III.VI Investissements et de crédits d'entretien et de maintenance**

Le terme « investissements » désigne :

- l'achat d'équipements médicaux et hôteliers ;
- l'achat d'équipements informatiques et de logiciels ;
- la réalisation de travaux d'aménagement, de restructuration ou de construction.

Le chef de pôle a connaissance des équipements médicaux, hôteliers et informatiques, qui sont mobilisés et entretenus pour le pôle, ainsi que des locaux qui sont affectés au pôle pour la réalisation de son activité et des moyens mobilisés pour leur entretien et leur exploitation.

Le chef de pôle est informé des investissements prévus et retenus pour son pôle et pour le groupe hospitalier de manière annuelle, après notification au groupe hospitalier par le directeur général des différents plans annuels d'investissement.

Ces équipements et locaux font l'objet d'un inventaire annuel avec une information sur les contrats de garantie. Les taux de vétusté, d'intervention et d'indisponibilité des matériels lourds sont des indicateurs suivis conjointement avec la direction du groupe hospitalier et qui peuvent faire l'objet d'objectifs déclinés dans le contrat de pôle.

Pour l'exercice des missions qui lui sont confiées par le contrat de pôle, le chef de pôle :

- est responsable de cet inventaire. Il informe la direction du groupe hospitalier de ses principales évolutions (sorties, entrées, disparitions) ;
- le chef de pôle tient à jour la liste des matériels « mis à disposition » au sein du pôle et en tient informé la direction du GH ;
- priorise chaque année les demandes en matière d'équipement médical et non médical, et en matière de travaux à réaliser ;
- est associé aux arbitrages du groupe hospitalier en matière d'investissement (travaux et équipements) selon les modalités collégiales définies par la direction du groupe hospitalier.

### **III.VII Crédits d'exploitation**

Le chef de pôle a connaissance des moyens en exploitation courante, notamment les dépenses à caractère médical et hôtelier qui lui sont autorisées pour remplir les missions fixées par le contrat de pôle et par ses déclinaisons annuelles.

Ces moyens sont notifiés au moins annuellement sous une forme, un niveau de détail et un périmètre de comptes définis par le groupe hospitalier, dans le cadre du dialogue de gestion en exploitation courante.

La notification de ces moyens fait suite à un dialogue de gestion entre le chef de pôle et la direction du groupe hospitalier et s'effectue dans le respect des objectifs budgétaires fixés au groupe hospitalier lors des conférences budgétaires de pôle.

L'utilisation des moyens fait l'objet d'un suivi auxquels prennent part le chef de pôle et ses collaborateurs ainsi que la direction du groupe hospitalier selon les modalités définies par le contrat. Le chef de pôle est responsable du suivi et de la maîtrise des moyens autorisés pour remplir les missions qui lui sont fixées.

### **III.VIII Bilans et intéressement**

#### *Bilan en cours de mandat*

Un bilan de pôle est présenté chaque année au comité exécutif du groupe hospitalier.

Selon le cycle de gestion interne retenu par le groupe hospitalier, un suivi des différents objectifs et indicateurs est mis en place. A cette fin, le chef de pôle établit un bilan à destination du directeur et des membres du comité exécutif du groupe hospitalier. Ce bilan s'appuie sur l'analyse d'un tableau de bord qui comporte :

- le socle d'indicateurs institutionnels retenu pour l'ensemble des contrats de pôle et suivi sur les quatre années d'exécution, mentionné en annexe du contrat de pôle type.

- les indicateurs spécifiques par pôle retenus dans le cadre des déclinaisons annuelles du contrat de pôle. Pour chaque indicateur sont précisés le score actuel et le score contractualisé pour l'année concernée.

### *Bilan en fin de mandat*

Au terme des quatre années d'exécution du contrat, un bilan est établi par le chef de pôle, tant à destination du directeur et du comité exécutif du groupe hospitalier que du directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris et du président de la commission médicale d'établissement à sa demande.

### *Intéressement collectif*

Le contrat de pôle précise, le cas échéant, les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Dans le cadre de la politique d'intéressement retenue par l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, chaque groupe hospitalier peut mettre en place un dispositif d'intéressement collectif à l'exécution des contrats de pôle tenant compte des résultats de chaque pôle.

Dans ce cadre, la mise en place de cet intéressement est subordonnée au respect des objectifs financiers du groupe hospitalier et suppose que :

- le groupe hospitalier provisionne chaque année un budget d'intéressement,
- les critères d'attribution de cet intéressement soient précisés dans la déclinaison annuelle, sur la base d'indicateurs chiffrés et de cibles quantifiées à atteindre,
- les crédits d'intéressement alloués, le cas échéant, au pôle sont affectés à un besoin de fonctionnement ou d'investissement, mais, dans tous les cas, non pérenne,
- une discussion soit organisée au sein du pôle sur l'utilisation de ces crédits.

### **III.IX Outils de gestion mis à disposition des pôles**

Chaque pôle dispose d'un tableau de bord qui comporte :

- le socle d'indicateurs institutionnels retenu pour l'ensemble des contrats de pôles et suivi sur les quatre années d'exécution, mentionné en annexe du contrat de pôle type,
- les indicateurs spécifiques par pôle retenus dans le cadre des déclinaisons annuelles du présent contrat. Pour chaque indicateur sont précisés le score actuel et le score contractualisé pour l'année concernée.

## IV. Modalités de concertation interne

Le chef de pôle organise la concertation au sein de son pôle en associant toutes les catégories de personnel et en facilitant leur expression directe et collective. Il veille notamment au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de pôle.

Les modalités de cette concertation sont exposées dans le projet de pôle.

Le chef de pôle associe les responsables de structures internes et ses collaborateurs à l'élaboration du projet de pôle et sa mise en œuvre.

Il veille à la cohésion des équipes et à la compréhension des enjeux internes et externes au pôle. Il conduit des actions contribuant à fédérer l'ensemble du personnel, en particulier lorsque le périmètre du pôle couvre plusieurs sites.

### IV.1 Les organes de concertation

#### 1. Le bureau de pôle

Le chef de pôle organise un bureau de pôle comprenant des responsables médicaux, paramédicaux, administratifs et le directeur référent du pôle. Ce bureau peut être élargi à d'autres personnels du pôle ou restreint.

Il

se réunit en tant que de besoin et selon une périodicité indiquée dans chaque contrat de pôle.

Le bureau de pôle peut être élargi à l'ensemble des chefs de service et responsables d'unité fonctionnelle et à l'encadrement paramédical de proximité. Il peut être ouvert à d'autres personnels du pôle. Il est force de proposition et de suivi de l'application du projet de pôle dans chaque unité ou service. Il est informé des conclusions des réunions de service. Le bureau de pôle est un lieu de concertation sur les activités et le fonctionnement du pôle.

Une information et un échange sont organisés en bureau de pôle au moins une fois par an sur l'exécution du contrat de pôle.

## **2. Le conseil de pôle**

Le conseil de pôle est composé de l'ensemble des praticiens, des cadres et de tout autre agent désigné au sein du pôle.

Il s'assure de la qualité de l'information et favorise les échanges. Il est un des outils de la communication au sein du pôle.

Le conseil de pôle a notamment pour objet de :

- participer à l'élaboration du projet de contrat de pôle, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle,
- permettre l'expression des personnels,
- favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au pôle,
- faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle et de ses structures internes (services et unités fonctionnelles), notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service.

Il concourt avec les conseils de service à la diffusion auprès de l'ensemble du personnel des informations du bureau de pôle.

Il est réuni à l'initiative du bureau de pôle.

## **3. Le conseil de service et d'unité fonctionnelle de pôle**

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

Il a notamment pour objet de :

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

Ce conseil est ouvert à l'ensemble du personnel du service ou de l'unité fonctionnelle de pôle.

Le chef de pôle veille au fonctionnement régulier des conseils de service et d'unité fonctionnelle de pôle, qui se réunissent au moins deux fois par an.

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

#### **4. Le conseil de fédération**

Chaque fédération peut comprendre un conseil de fédération. Lorsque la fédération est constituée en pôle « supra-GH », ce conseil se substitue aux conseils des pôles membres de la fédération.

Sa composition et son fonctionnement sont fixés par le protocole visé au I. I de la présente annexe.

### **IV.II La communication interne au pôle**

Le chef de pôle organise la participation et la communication au sein du pôle.

Il veille à la bonne transmission à l'ensemble du personnel du pôle des informations relatives à l'activité, aux projets et au fonctionnement du pôle.

Il élabore des outils d'information et de communication spécifiques au pôle afin de favoriser l'information de ses équipes : newsletter, diffusion des comptes rendus des bureaux de pôle, etc.

## **V. Relations avec les autres pôles et participation à la gouvernance du groupe hospitalier**

Des protocoles internes, signés des chefs de pôle et visés par les directeurs des groupes hospitaliers et les responsables des services et unités fonctionnelles concernés, sont établis en tant que de besoin entre les pôles d'activités médicales et médico-techniques, afin d'organiser la prise en charge des patients dans le cadre de parcours de soins coordonnés et d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles au sein de l'AP-HP et de ses groupes hospitaliers.

Les chefs de pôle sont étroitement associés à la gouvernance du groupe hospitalier dont ils relèvent afin d'assurer la mise en œuvre des projets de pôles. Ces projets sont établis en cohérence avec le projet d'établissement, les contrats de pôle, la démarche qualité et les actions de coopération. La participation et l'implication des chefs de pôle sont recherchées dans toutes les instances ou lieux de concertation où il est traité de la stratégie du groupe hospitalier ; il en est ainsi notamment en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de conditions d'accueil et de prise en charge des patients. Les chefs de pôle participent notamment aux comités exécutifs (dans les conditions prévues à l'annexe 3 du présent règlement intérieur) et aux conférences stratégiques et budgétaires locales.

(En l'absence de précision contraire il est fait référence au Code de la santé publique.)

## **Art. 1**

R. 6147-1.

R. 6147-4.

## **Art. 2**

L. 6143-1 à L. 6143-8.

R. 6143-1 à R. 6143-16.

D. 6143-33 à D. 6143-35-5.

D. 6143-37 à D. 6143-37-5.

R. 6147-2 à R. 6147-5.

## **Art. 3**

R. 6144-1 à R. 6144-6.

R. 6144-40 à R. 6144-85.

R. 6146-10 à R. 6146-16.

L. 4613-4 du Code du travail.

## **Art. 4**

L. 6144-1.

D. 6143-37.

R. 1112-79.

R. 6111-1 et suiv.

R. 6111-11-1.

## **Art. 5**

L. 6111-1 à L. 6111-7.

L. 6112-1.

L. 1110-1.

L. 1112-4.

## **Art. 6**

L. 6143-7.

R. 6147-10.

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010 relatif à l'Assistance

publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille.

## **Art. 8**

R. 6147-6 à R. 6147-9.

R. 1112-79.

R. 4615-1 à R. 4615-21

du Code du travail.

## **Art. 10**

L. 6146-1.

## **Art. 11**

L. 6146-1.

D. 6146-1.

R. 6146-2 à R. 6146-3.

R. 6146-8 à R. 6146-9-1.

## **Art. 12**

R. 6146-4 à R. 6146-6.

## **Art. 13**

R. 6152-8 à R. 6152-9.

R. 6152-11.

## **Art. 15**

L. 6142-5.

## **Art. 16**

L. 4211-1 à L. 4211-2.

L. 5126-1 et suiv.

L. 5121-1-1.

R. 5126-1 et suiv.

## **Art. 17**

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à

l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, modifié.

**Art. 20**

R. 6153-1 et suiv.

**Art. 21**

R. 6153-46 et suiv.

**Art. 22**

L. 6146-7.

**Art. 24**

L. 6146-9.

Décret n° 2002-550  
du 19 avril 2002, modifié.

**Art. 26**

L. 6142-1 et suiv.

R. 6147-1.

**Art. 27**

L. 6142-13.

R. 6147-1.

**Art. 31**

R. 5126-5.

R. 5124-68 à R. 5124-73.

**Art. 32**

L. 6143-7.

**Art. 36**

Loi n° 83-629 du 12 juillet 1983  
réglementant les activités privées de  
surveillance, de gardiennage et de  
transports de fonds modifiée.  
Décret n° 86-1058 du 26 septembre  
1986 relatif à l'autorité administrative  
et au recrutement des personnels  
des entreprises de surveillance et de

gardiennage, de transports de fonds  
et de protection de personnes.

**Art. 39**

Art. 11 de la loi n° 83-634 du  
13 juillet 1983 portant droits et  
obligations des fonctionnaires.  
Circulaire B 8 n° 2158 du 5 mai 2008  
relative à la protection fonctionnelle  
des agents publics de l'État.

**Art. 40**

Art. 40 et 74 du Code de procédure  
pénale. Art. 81 du Code civil.  
Circulaire DHOS/SDE/E1  
n° 2005-226 du 13 mai 2005 relative  
aux modalités de signalement aux  
services de police ou de gendarmerie  
des personnes hospitalisées non  
identifiées ou décédées en milieu  
hospitalier dans l'anonymat.

**Art. 41**

Lettre DH-AF1 n° 316 du 2 juin 1998  
relative à l'intervention des services  
de police dans un établissement  
public de santé.

**Art. 43**

L. 4121-1 et suiv. du Code du travail.  
L. 4141-2 et suiv. du Code du travail.  
L. 4612-1 et L. 4612-16  
du Code du travail.

**Art. 45**

R. 123-51 du Code de la construction  
et de l'habitation.

**Art. 46**

L. 3511-7.  
R. 3511-1 à R. 3511-8.  
Décret n° 2006-1386  
du 15 novembre 2006 fixant

les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Circulaire du 27 novembre 2006 relative aux conditions d'application dans les services de l'État et les établissements public qui en relèvent de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, prévue par le décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006.

Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/MC2 n° 2008-292 du 17 septembre 2008 relative aux modalités d'application de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.

Circulaire DGS/MC2 n° 2007-370 du 9 octobre 2007 relative à l'entrée en vigueur de la seconde phase de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.

**Art. 48**

Circulaire n° 2719 du 17 novembre 1977 relative à la circulation et au stationnement des véhicules automobiles à l'intérieur des établissements d'hospitalisation publics.

**Art. 49**

L. 325-12 du Code de la route.  
R. 325-47 et suiv. du Code de la route.

Décret n° 72-824 du 6 septembre 1972 pour l'application de l'Art. 3 de la loi n° 70-1301 du 31 décembre 1970 relative à la mise en fourrière, à l'aliénation et à la destruction de véhicules terrestres, enlèvement d'un véhicule laissé sans droit sur des lieux publics ou privés où ne s'applique pas le Code de la route.  
Art. 122-7 du Code pénal.

**Art. 51**

L. 1110-8.

**Art. 52**

L. 6112-6.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Circulaire DGS n° 2007-430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

**Art. 53**

L. 6112-1 à L. 6112-3.

L. 1111-6.

**Art. 54**

L. 1112-2.

R. 1112-41.

Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

**Art. 55**

R. 1112-11.

**Art. 56**

R. 1112-24.

R. 1112-25.

**Art. 57**

R. 1112-11.

**Art. 59**

R. 1112-13.

**Art. 60**

R. 1112-14.

**Art. 63**

L. 3121-2.

L. 3121-2-1.

**Art. 65**

L. 2111-1 à L. 2112-10.

**Art. 66**

L. 6141-3.

**Art. 67**

L. 6141-4.

**Art. 68**

L. 1411-1 et suiv.

Circulaire DHOS/02 n° 2003-285 du 13 juin 2003 relative à la création et au renforcement des consultations hospitalières de tabacologie.

**Art. 69**

L. 3311-1.

L. 1411-1 et suiv.

**Art. 70**

L. 1411-1 et suiv.

Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

**Art. 71-72 et 73**

R. 6121-2 et suiv.

**Art. 74 HAD**

L. 6125-2.

R. 6121-4-1.

**Art. 75 et 76**

L. 6154-1 à L. 6154-7.

L. 1111-3.

**Art. 77**

L. 3131-7.

R. 3131-4 et suiv.

Circulaire n° 2006-401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

**Art. 78**

R. 4127-9.

Circulaire n° 335 du 31 mars 1988 relative à l'intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate d'un établissement de soins publics ou privé.

Circulaire DGCS/1A/2010/375 du 15 octobre 2010 relative aux mesures hivernales.

**Art. 79**

R. 1112-13.

**Art. 80**

R. 1112-15.

**Art. 81**

L. 1113-3.

R. 1113-5.

**Art. 84**

L. 1110-6.

**Art. 86**

R. 1112-34.

Circulaire n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du

2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et

comportant une charte de la personne hospitalisée.

**Art. 89**

R. 1112-34.

R. 1112-36.

**Art. 90**

R. 1112-57.

**Art. 91**

L. 1111-4.

L. 1111-5.

**Art. 92**

L. 1111-5.

**Art. 93**

L. 3211-10.

R. 1112-57.

R. 1112-64.

**Art. 95**

R. 1112-27.

**Art. 96**

R. 1112-28.

**Art. 97**

L. 2212-4.

L. 2212-7.

Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse.

**Art. 98**

R. 1112-29.

**Art. 99**

L. 115 du Code des pensions militaires.

R. 1112-2.

**Art. 100**

L. 3211-1 et suiv.

R. 3211-1 et suiv.

L. 3222-1 et suiv.

**Art. 101**

L. 1111-2.

L. 1111-4.

Art. 459 du Code civil.

**Art. 102**

Art. 459-1 du Code civil.

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007.

**Art. 103**

Art. 53 et suiv. du Code de procédure pénale.

Art. 62 et suiv. du Code de procédure pénale.

Art. 81 du Code de procédure pénale.

Art. 151 à 155 du Code de procédure pénale.

Lettre DH-AF1 n° 316 du 2 juin 1998 relative à l'intervention des services de police dans un établissement public de santé.

**Art. 105**

L. 6141-5.

R. 6112-14 et suiv.

R. 1112-30 à R. 1112-33.

**Art. 106**

R. 6112-14 et suiv.

**Art. 107**

R. 1112-31.

**Art. 108**

R. 1112-33.

**Art. 109**

L. 3414-1.

L. 3423-1 et suiv.

**Art. 112**

Art. 44 et 105 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction

publique hospitalière.

**Art. 113**

R. 6123-118 et suiv.

**Art. 114**

L. 1111-2 et suiv.

R. 1112-42.

**Art. 115**

R. 1112-2 et suiv.

**Art. 116**

L. 1111-7.

R. 1112-2 et suiv.

**Art. 117**

R. 1112-2.

**Art. 118**

R. 1112-44.

R. 1112-45.

**Art. 119**

L. 1111-6.

**Art. 120**

R. 1112-6.

**Art. 121**

L. 1110-4.

R. 1112-45.

**Art. 122**

L. 1111-8.

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978  
modifiée relative à l'informatique,  
aux fichiers et aux libertés.

**Art. 123**

L. 1142-4.

**Art. 124**

R. 1112-79 à R. 1112-94.

L. 1142-5 et suiv.

**Art. 125**

R. 1112-82.

**Art. 127**

L. 1112-3.

R. 1112-79 et suiv.

**Art. 128**

L. 1114-1.

**Art. 129 à 131**

L. 1111-4.

**R. 1112-62. Art. 132**

R. 1112-35.

L. 1111-4 et suiv.

**Art. 133**

L. 1111-2.

**Art. 134**

R. 1112-35.

**Art. 135**

L. 1110-5.

**Art. 136**

L. 1110-5.

**Art. 137**

L. 1110-9 et suiv.

**Art. 138**

L. 1221-3.

D. 1221-1 et suiv.

**Art. 139**

L. 1221-7.

L. 1221-10. D. 1221-8.

**Art. 140**

R. 1112-5.

R. 1221-40 et suiv.

**Art. 141**

L. 1121-1 et suiv.

**Art. 142**

L. 1211-2 et suiv.

L. 1233-1.

Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 1997 portant  
homologation des règles de bonnes  
pratiques relatives au prélèvement  
des tissus et au recueil des résidus  
opératoires issus du corps humain

utilisés à des fins thérapeutiques.

**Art. 143**

L. 1231-1 et suiv.

L. 1232-2.

L. 1234-3.

L. 1235-2.

Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 1997 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement des tissus et au recueil des résidus opératoires issus du corps humain utilisés à des fins thérapeutiques.  
Arrêté du 27 février 1998 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée.

**Art. 144**

L. 1211-2.

**Art. 145**

L. 1232-1 et suiv.

**Art. 146**

R. 1112-49.

R. 1112-50. R. 1112-52.

Art. 66 de la Constitution du 4 octobre 1958.

**Art. 147**

L. 1110-1 et suiv. Art. 9 du Code civil.

**Art. 148**

L. 1113-1 et suiv.

R. 1112-51.

R. 1113-2 et suiv.

**Art. 150**

R. 1112-56.

R. 1112-57.

**Art. 151**

R. 1112-46.

Circulaire n° 2006-538  
du 20 décembre 2006.

**Art. 152**

Décret n° 2007-839

du 11 mai 2007.

Décret n° 93-652

du 26 mars 1993.

**Art. 154**

R. 1112-47.

R. 1112-48.

**Art. 156**

L. 1110-11. L. 1112-5.

Circulaire n° 2004-471

Du 4 octobre 2004.

**Art. 157**

R. 1112-47.

**Art. 159**

R. 1112-47.

**Art. 160**

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation de l'Église et de l'État.  
Constitution française du 4 octobre 1958. Avis du Conseil d'État, mai 2000 (Mlle Marteaux), tribunal administratif de Paris, 17 octobre 2002 (Mme E.).

**Art. 161**

L. 71 du Code électoral. Art. 75 du Code civil.

**Art. 162**

Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

**Art. 164**

R. 1112-51.

**Art. 166**

R. 1112-53.

**Art. 167**

Circulaire n° 40 du 9 octobre 1995 relative aux perturbations électromagnétiques engendrées par les téléphones mobiles cellulaires pour certains dispositifs médicaux.

R. 1112-54.

**Art. 168**

R. 1112-55.

**Art. 169**

R. 1112-48.

**Art. 170**

R. 1112-58.

**Art. 171**

R. 1112-59.

R. 1112-61.

R. 1112-67.

**Art. 172**

R. 1112-62.

**Art. 174**

R. 1112-65.

**Art. 175**

R. 1112-49.

**Art. 176**

L. 1111-3.

**Art. 177****Art. 178**

L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

**Art. 179**

R. 6145-4.

**Art. 181**

Art. 55 et suiv. du Code civil.

**Art. 182**

Art. 79-1 du Code civil. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. Arrêté du 20 août 2008 relatif au modèle de certificat médical d'accouchement en vue d'une demande d'établissement d'un acte d'enfant sans vie. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'Art. 79-1 du Code civil.

**Art. 183**

R. 1112-68.

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

**Art. 184**

R. 1112-69.

Art. 80 du Code civil.

**Art. 185**

Art. 80 du Code civil.

R. 1112-71.

R. 1112-72.

**Art. 186**

R. 1112-73.  
Art. 81 du Code civil.  
Art. 40 du Code de procédure pénale.

**Art. 187**

L. 6111-5.  
L. 2223-39.  
R. 2223-93 du Code général des collectivités territoriales.

**Art. 188**

Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires R. 2223-76 du Code général des collectivités territoriales.  
R. 2213-7 à R. 2213-9 et R. 2213-11 du Code général des collectivités territoriales.

**Art. 189**

Décret n°2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires R. 2213-7 à R. 2213-13 du Code général des collectivités territoriales.

**Art. 190**

R. 2213-15 à R. 2213-29 du Code général des collectivités territoriales.

**Art. 191**

R. 1112-75.  
R. 1112-16.  
Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles modifiée.  
R. 2223-71 du Code général des collectivités territoriales.

**Art. 192**

Art. 79-1 du Code civil R. 1112-72 et suiv. Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/

DGS/2009/182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus.

**Art. 193**

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

**Art. 194**

L. 1113-6.  
L. 1113-7.  
L. 6145-12.

**Art. 195**

Loi n° 93-23 du 8 janvier 1993 modifiant le titre VI du livre III du Code des communes et relative à la législation dans le domaine funéraire.

**Art. 196**

Art. 909 et 910 du Code civil. Loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles.

**Art. 197**

L. 1110-8.

**Art. 200**

R. 131-1 et suiv. du Code de l'action sociale et des familles.

**Art. 201**

L. 1111-3.

**Art. 202**

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits

des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

**Art. 212**

R. 1112-56.

**Art. 214**

R. 1112-49.

**Art. 215**

R. 1112-62.

**Art. 216**

Art. 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 217**

L. 3113-1.

L. 2132-1 et suiv.

L. 3212-1.

L. 3212-4.

Art. 226-13 et 226-14

du Code pénal.

Art. 55 et 78 du Code civil.

L. 441-6, L. 461-5 et L. 461-6 du

Code de la sécurité sociale. Art. 40

du Code de procédure pénale.

Circulaire n° 1796 du 20 avril 1973

relative au secret professionnel dans

les établissements d'hospitalisation

publics.

**Art. 218**

Art. 26 de la loi n° 83-634 du

13 juillet 1983 portant droits et

obligations des fonctionnaires.

**Art. 220**

Circulaire DHOS/DGS/SD1B/SD1C/

SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

**Art. 221**

Art. 27 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 222**

L. 1431-2.

**Art. 223**

Art. 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 224**

Art. 25 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 225**

Art. 47 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 226**

L. 6112-1.

R. 6111-2.

R. 6134-4.

**Art. 227**

Art. 28 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

**Art. 229**

R. 1221-49 et suiv.

R. 5212-4.

Décret n° 2006-99

du 1<sup>er</sup> février 2006 relatif à

l'établissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

**Art. 233**

R. 1112-51.

R. 1113-2.

**Art. 234**

L. 4612-1.

**Art. 237**

R. 1112-42.

**Art. 239**

Ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'Art. L. 792 du Code de la santé publique.

**Art. 240**

R. 6146-9-1.

**Art. 241**

L. 6144-6.

**Art. 242**

Art. 96, 97 et 98 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret n° 86-660 du 19 mars 1986

relatif à l'exercice du droit syndical

dans les établissements mentionnés

à l'Art. 2 de la loi n° 86-33 du

9 janvier 1986 portant dispositions

statutaires relatives à la fonction

publique hospitalière.

**Art. 243**

L. 6143-7.

L. 6143-4.

# Le règlement intérieur de l'Assistance publique- hôpitaux de Paris

Édition 2017

Ce règlement intérieur est le vôtre.  
Il précise les droits et devoirs de chacun pour le bon  
fonctionnement de l'hôpital.

Son texte intégral ainsi que ses annexes sont  
disponibles sur les sites :

<http://portail-cms.aphp.fr>

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

<http://www.aphp.fr>

ISBN 978-2-9122-4888-6

ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS



[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)