



Mail de veille juridique
pour la période du 1^{er} au 15 février 2011

*Toute l'équipe du Bureau de l'Organisation Hospitalière
et de la Veille Juridique (DAJDP)*

Sommaire

Droit de la famille	2
Organisation des soins	2
Organisation hospitalière	3
Droits du patient	4
Personnel.....	5
Responsabilité.....	7
Réglementation sanitaire.....	9
Publications AP-HP	10



Droit de la famille

Décret n° 2011-167 du 10 février 2011 instituant une procédure de vérification sécurisée des données à caractère personnel contenues dans les actes de l'état civil. Ce texte vise à alléger le formalisme de certaines démarches administratives en dispensant les usagers de la production d'actes d'état civil lorsque ces actes peuvent directement faire l'objet d'une vérification auprès de l'état civil dépositaire de l'acte. Ainsi, dès lors qu'ils sont légalement fondés à requérir des actes de l'état civil, les administrations, services et établissements publics de l'Etat ou des collectivités territoriales, les caisses et les organismes gérant des régimes de protection sociale peuvent faire procéder à la vérification des données de l'état civil fournies par l'usager, auprès des officiers de l'état civil dépositaires de ces actes. Cette procédure de vérification peut également et aux mêmes conditions être mise en œuvre par les notaires. Quand elle est mise en œuvre, la procédure de vérification dispense la personne intéressée de la production de l'acte de l'état civil.

Jurisprudence :

Cour de cassation, 8 juillet 2010, n° 09-12623 (Autorité parentale – famille recomposée – Code civil) - Par une décision en date du 8 juillet 2010, la première chambre civile de la Cour de cassation est venue préciser les conditions requises pour obtenir le partage de l'exercice de l'autorité parentale au sein d'une famille homoparentale recomposée. La Haute juridiction considère en effet que si l'article 377, alinéa 1er, du Code civil ne s'oppose pas à ce qu'une mère seule titulaire de l'autorité parentale en délègue tout ou partie de l'exercice à la femme avec laquelle elle vit en union stable et continue, c'est à la condition que les circonstances l'exigent et que la mesure soit conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant.

Organisation des soins

Check-list Sécurité du patient au bloc opératoire - Nouvelle version 2011 (HAS) - Un an après avoir rendu la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire », pratique exigible prioritaire dans le cadre de la certification, la HAS et ses partenaires professionnels ont réalisé une évaluation de son déploiement et de son utilisation. Pour rappel la check-list est un support pratique qui s'intègre dans les évolutions managériales et organisationnelles au bloc opératoire et doit aussi permettre de faire progresser la culture de la sécurité du patient au bloc opératoire.

C'est un outil de partage entre les membres de l'équipe, d'informations essentielles pour chaque intervention et de vérification croisée de points critiques.

Circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale - Dans le prolongement de la circulaire interministérielle du 27 décembre 2010 relative à la réforme de la médecine légale, la circulaire du 28 décembre 2010 vient préciser les modalités de mise en œuvre par les magistrats et les services de régie des juridictions, de la réforme de la médecine légale, tant d'un point de vue juridique et organisationnel, que budgétaire et financier. Cette circulaire est accompagnée de deux annexes : Annexe 1 Tableau du nouveau schéma directeur de la médecine légale (volet thanatologique et volet médecine légale du vivant) ; Annexe 2 : Carte relative aux structures hospitalières retenues dans le nouveau schéma directeur de la médecine légale.



Organisation hospitalière

Taux de l'intérêt légal :

Décret n° 2011-137 du 1er février 2011 fixant le taux de l'intérêt légal pour l'année 2011 - Le taux de l'intérêt légal est fixé à 0,38 % pour l'année 2011.

Institutions de santé publique :

Décret n° 2011-154 du 4 février 2011 portant modification du décret n° 2009-1548 du 11 décembre 2009 relatif à la création du comité national de suivi et de prospective du plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 – La composition de ce comité fait l'objet d'une modification ramenant notamment le nombre de ses membres de quarante sept à quarante six.

Arrêté du 1er février 2011 relatif aux commissions spécialisées (composant le Haut Conseil de la santé publique) - Le Haut Conseil de la santé publique comprend les commissions spécialisées suivantes : maladies transmissibles ; maladies chroniques ; risques liés à l'environnement ; sécurité des patients : infections nosocomiales et autres événements indésirables liés aux soins et aux pratiques ; prévention, éducation et promotion de la santé ; évaluation, stratégie et prospective. Cet arrêté précise le champ d'expertise de chacune de ces commissions spécialisées.

Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité technique des vaccinations – Ce texte présente les missions et la composition du comité technique des vaccinations (CTV). Pour rappel, le CTV regroupant des experts de différentes disciplines (infectiologie, pédiatrie, microbiologie, immunologie, épidémiologie, santé publique, médecine générale, économie de la santé, sociologie...) a pour missions d'assurer la veille scientifique sur les évolutions et les perspectives en matière de vaccins, d'élaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et d'études sur le rapport bénéfice-risque individuel et collectif et d'études médico-économiques relatives aux mesures envisagées, de proposer des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal.

Arrêté du 1er février 2011 relatif au comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation - Ce texte présente les missions et la composition du comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation. Ce comité a pour missions d'assurer la veille scientifique en matière de pathologies liées aux voyages, d'élaborer des recommandations pour les voyageurs en fonction des données épidémiologiques et des connaissances actualisées en matière de prévention, d'élaborer des recommandations pour éviter l'importation de maladies infectieuses.

Évaluation :

Circulaire n°DGOS/PF2/2011/41 du 2 février 2011 relative à la stratégie nationale d'audit des pratiques en hygiène hospitalière : thème « les précautions standard » - Cette circulaire a pour objet de diffuser le guide intitulé *Audit précautions « standard ». Guide pour l'organisation de l'audit et le recueil des données – 2010*. Ce guide est proposé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). Ce groupe a notamment pour objectif de fournir aux établissements de santé des méthodologies d'audit ou d'évaluation en hygiène, directement utilisables par les équipes sur les thèmes prioritaires définis par le programme national de prévention des infections nosocomiales.



Fiches pratiques de la DAJDP

« **La délégation de signature** » - Cette fiche pratique élaborée par la DAJDP a pour objet de rappeler le régime juridique de la délégation de signature, les textes de références, ainsi que le schéma des délégations à l'AP-HP et au sein des groupes hospitaliers. Cette fiche porte également sur les conséquences en matière de responsabilité administrative et pénale.

« **Les archives hospitalières** » - Cette fiche pratique élaborée en lien avec le service des archives de l'AP-HP a pour objet de définir les archives hospitalières, et d'en préciser les règles en matière de communication, de conservation et d'élimination.

Droits du patient

Délibération CNIL n° 2010-460 du 9 décembre 2010 portant recommandation relative aux conditions de réutilisation des données à caractère personnel contenues dans des documents d'archives publiques – Les documents d'archives publiques comportent des données à caractère personnel dès lors qu'ils sont relatifs à des personnes physiques potentiellement encore vivantes (avec l'allongement de la vie humaine, actuellement jusqu'à 120 ans). Tel peut être le cas des données figurant sur certains documents d'état civil et de recensement, librement communicables puisque le code du patrimoine, dans sa rédaction résultant de la loi de 2008, réduit à 75 ans à compter de la date du document le délai à partir duquel la communication des registres de naissance et de mariage de l'état civil ou encore des questionnaires de recensement est de plein droit et où donc la réutilisation est théoriquement possible. La Commission nationale informatique et libertés vient ici préciser les cas dans lesquels la réutilisation, à des fins commerciales, de données personnelles contenues dans des documents d'archives est à exclure ainsi que les précautions dont doit s'accompagner la réutilisation des données personnelles dans les cas où elle est possible sans occultation.

Avis CADA du 21 janvier 2011 (CADA - communication et réutilisation d'archives publiques) - La commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a rendu un avis en date du 21 décembre 2010 concernant la communication et la réutilisation de fonds anciens (antérieurs à 1790) et de fonds modernes (postérieurs à 1790) par une société, éditrice de sites internet.

Concernant le droit d'accès des registres d'entrées et de sorties, la commission retient qu'ils « *comprennent des informations d'ordre tant médical que personnel, telles que les dates d'entrée et de sortie du patient, son nom et prénom, son état civil, sa date de naissance, son adresse, sa profession, son lieu de naissance ainsi que la durée et la raison de son hospitalisation. Elle considère par conséquent que, dès lors que ces documents comportent des informations sur la nature et la durée de l'affection des patients, qu'il ne serait pas possible d'occulter compte tenu du volume de documents demandés, ces documents doivent être regardés comme portant sur des données relatives à la santé, dont la communication serait susceptible de porter atteinte au secret médical* ».

Elle relève ainsi qu'en raison de l'ignorance de la date du décès des personnes concernées et dans l'impossibilité de faire le départ entre les documents qui seraient communicables à l'expiration d'un délai de 25 ans et ceux qui ne le seraient qu'après un délai de 120 ans à compter de la date de naissance de la personne, la commission estime qu'afin de préserver le secret médical, seuls les registres d'entrées et de sorties des établissements hospitaliers antérieurs à 1890 sont communicables dans leur intégralité, dès lors qu'ils concernent nécessairement des personnes nées il y a plus de cent vingt ans, aujourd'hui décédées.

La CADA apporte également des précisions relatives aux registres de décès, aux registres de naissances, aux documents relatifs aux dons, legs et successions et aux registres de destination des corps ainsi qu'aux documents relatifs aux personnels des établissements hospitaliers. Cet avis est en outre intéressant dans la mesure où il apporte des précisions relatives au droit et aux modalités de ces registres.



Jurisprudences :

Cour de cassation, chambre criminelle, 14 décembre 2010, n° 10-82.862 (expertise - secret médical - qualité de médecin) - La cour de cassation a, dans cet arrêt, dû répondre à la question suivante : la qualité de médecin, dans le cadre d'une expertise judiciaire, est-elle **nécessaire** pour avoir accès aux dossiers médicaux ? En l'espèce, dans le cadre de l'affaire dite "Buffalo grill", un juge d'instruction avait désigné comme expert un médecin qui n'était plus inscrit au tableau de l'ordre des médecins depuis 1993. Ce dernier avait pour mission de déterminer le lien de causalité entre plusieurs décès de personnes et la maladie de Creutzfeldt-Jakob en ayant accès aux dossiers médicaux de ces personnes.

Le juge d'instruction avait, au regard de l'article 157 du Code de procédure pénale, nommé cet expert alors qu'il ne figurait ni sur la liste nationale dressée par la Cour de cassation, ni sur une des listes dressées par les cours d'appel dans les conditions prévues par la loi n°71-498 du 29 juin 1971.

La cour d'appel avait le 19 mars 2010, annulé l'expertise en considérant que "*l'expert, qui n'était plus inscrit au conseil de l'ordre des médecins au moment de l'expertise, ne pouvait accéder aux dossiers médicaux couverts par le secret médical*".

La Cour de cassation casse cette décision en retenant que "la mission qui lui a été impartie, ayant pour seul objet des constatations d'ordre technique nécessitant la communication et l'examen de pièces utiles à la manifestation de la vérité, était étrangère au secret des professionnels de santé ayant pris en charge les patients".

Personnel

Cumul d'activités :

Note de l'Ordre des médecins en date du 5 janvier 2011 relative aux activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique – L'Ordre des médecins a publié sur son site internet une note relative "*aux activités privées effectuées par les médecins hospitaliers simultanément ou postérieurement à leur activité publique*". Ce document de synthèse présente l'évolution des pratiques sur ce sujet depuis la parution de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi « HPST ». Cette note, sans être exhaustive, s'attache à faire le point sur les trois situations suivantes :

- le cumul d'activités des médecins titulaires ou contractuels employés à temps plein ;
- la mise en disponibilité des praticiens hospitaliers à temps plein ;
- la démission des praticiens hospitaliers à temps plein.

Carrière :

Arrêté du 28 janvier 2011 modifiant les arrêtés du 26 juillet 1991 fixant la composition des jurys prévus respectivement aux articles 4 et 6 du décret n° 90-949 du 26 octobre 1990 portant statut particulier des directeurs d'école de sages-femmes de la fonction publique hospitalière et à l'article 3 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière

Arrêté du 3 janvier 2011 portant approbation de dispositions statutaires (application de l'article 13 [4°] du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers) - La Fédération des spécialités médicales peut procéder au recrutement, par voie de détachement, de personnels relevant de la fonction publique et, en particulier, de la fonction publique hospitalière, dans la limite de un à cinq emplois, notamment en qualité de délégué général, de cadre de direction ou de responsable de projet.



Troisième cycle des études médicales :

Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales – Ce texte présente les modalités selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé agréée les lieux de stage et les praticiens-maîtres de stage. Sont également précisés l'organisation, le déroulement et la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales, notamment s'agissant de la répartition des postes et de l'affectation des internes, ainsi que les conditions de changement de préchoix de spécialité.

Personnel paramédical :

Décret n° 2011-139 du 1er février 2011 relatif aux professions de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées – Ce décret présente notamment les conditions d'autorisation délivrée par les préfets de département pour l'exercice des professions d'orthoprothésiste, de podoprothésiste, d'oculiste, d'épithésiste ou d'orthopédiste-orthésiste des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Arrêté du 1er février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées

Rapport Hénart relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, janvier 2011 (Métiers en santé – Paramédicaux – Formation – Coopération) - Un rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire a été remis au ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé et au ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche puis rendu public début février 2011. Ce document conseille la création de nouveaux métiers de santé et, propose, dans cette perspective, de passer par un niveau de compétence accrue des professionnelles de santé et impose le lancement de programmes nationaux expérimentaux. Le rapport présente neuf propositions reposant sur quatre piliers : mettre en place une politique modernisée des ressources humaines en santé, créer des professions de santé de niveau intermédiaire, adopter un système rigoureux de validation et intégrer les formations à l'enseignement supérieur.

Jurisprudences :

Décision du Conseil constitutionnel, n° 2011-223 L du 3 février 2011 (Art. 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - durée de formation conduisant à la délivrance des diplômes d'ostéopathe et de chiropracteur) – Le Conseil constitutionnel, saisi par le Premier ministre, considère que les dispositions de la loi du 4 mars 2002 qui ont pour objet de fixer la durée de formation (au minimum de 3 520 heures) conduisant à la délivrance des diplômes d'ostéopathe et de chiropracteur ont le caractère réglementaire.

Cour administrative d'appel de Nancy, 5 mai 2010, n° 09NC01114 (Infirmier diplômé d'état – Maltraitance – Révocation) - En l'espèce, un infirmier diplômé d'état a été révoqué par le conseil de discipline pour des actes de maltraitance physique et verbale auprès des personnes âgées dépendantes prises en charge au sein d'un établissement public de santé. Ce professionnel de santé saisit le tribunal administratif d'un recours en annulation de cette sanction ; il est débouté de sa demande et fait appel de la décision. Or, la cour administrative d'appel confirme le jugement en relevant que la sanction n'était pas disproportionnée par rapport aux faits qui lui étaient reprochés. Elle ajoute que ces agissements avaient porté atteinte à la dignité et à l'intimité des patients dont il avait la charge et que ces fautes étaient particulièrement graves eu égard notamment à la spécificité des fonctions exercées et à la vulnérabilité des patients hospitalisés. La cour relève également que ni l'absence de plaintes émanant des patients ou de leurs familles, ni l'absence d'observation du supérieur hiérarchique n'étaient de nature à remettre en cause le caractère fautif des agissements, dont la réalité a été établie grâce à la concordance des témoignages et de leur nombre.



Cour administrative d'appel de Lyon, 12 avril 2010, n°08LY02826 (agent stagiaire - licenciement - fonction publique hospitalière) - Cette décision rappelle que le licenciement d'un agent stagiaire est soumis au respect des formes de procédure simplifiées et que la commission administrative paritaire compétente doit donner son avis en appréciant les capacités professionnelles de l'agent concerné. La cour administrative d'appel de Lyon considère également que la décision de la CAP *"n'a pas à être précédée de la communication de son dossier à l'intéressée, ni à faire l'objet d'une procédure contradictoire"*.

Les faits étaient les suivants : Mme D a été nommée aide-soignante stagiaire d'un centre hospitalier le 1er juillet 2004. Par une décision en date du 10 juin 2005, le directeur de ce centre hospitalier l'a licenciée en fin de stage au 1er juillet 2005. Mme D soutenait que son licenciement avait été prononcé à l'issue d'une procédure irrégulière dès lors que, selon elle, elle n'avait pas été mise à même de consulter son dossier et de présenter des observations et que la commission administrative paritaire avait donné son avis sans être suffisamment informée. Le Tribunal administratif de Lyon avait rejeté, par un jugement du 29 avril 2008, sa demande d'annulation de cette décision de licenciement.

Fiche pratique de la DAJDP :

« Attributions du Centre National de Gestion » - Cette fiche présente les nouvelles attributions du directeur général du CNG, issues du décret n°2010-1272 du 25 octobre 2010

« Le droit de retrait » - Cette fiche pratique vient préciser les conditions de mise en œuvre, les limites ainsi que les conséquences du droit de retrait.

Responsabilité

Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique – Ce décret modifie les conditions d'appréciation de la gravité de l'accident, de l'affection ou de l'infection ouvrant accès aux Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation. Ainsi est substitué à la durée de l'incapacité temporaire de travail, la prise en compte soit de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles, soit de la durée du déficit fonctionnel temporaire, afin d'ouvrir la procédure aux personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle. Le décret détermine le taux minimum du déficit fonctionnel temporaire répondant au critère de gravité.

Jurisprudences :

Cour de cassation, 14 octobre 2010, pourvoi n°09-16.085 et 09-17.035 (défaut de surveillance - rôle de la sage-femme - responsabilité) - Les juges retiennent en l'espèce que l'obligation de surveillance qui incombe au médecin obstétricien lors de tout accouchement est parfaitement exécutée dès lors qu'une sage-femme est en charge de cette surveillance et que cette dernière peut communiquer avec le médecin.

A la suite d'une brachycardie prolongée, une femme accouchait d'un enfant atteint de graves séquelles neurologiques et invoquait devant la haute juridiction le défaut de surveillance du médecin obstétricien. La cour de cassation considère que *"la sage-femme est habilitée à pratiquer les actes nécessaires quant à la surveillance et la pratique de l'accouchement, qu'elle doit faire appel à un médecin en cas d'accouchement dystocique, de sorte qu'il ne pouvait être fait grief à M. Z de ne pas s'être informé par lui-même, que l'accouchement par voies basse constituait, à son arrivée, le seul choix médicalement approprié en raison de l'état de dilatation du col de l'utérus, que l'instrumentation utilisée pour faciliter l'expulsion, compte tenu du temps et des éléments d'information dont il disposait, n'était pas critiquable et que les actes accomplis par le médecin, seuls appropriés à la situation, relevaient de la qualification de celui-ci"*.



Cour administrative d'appel de Paris, 24 janvier 2011, n°09PA04734 - 09PA04565 (retard de diagnostic - retard dans la prise en charge thérapeutique - responsabilité - condamnation solidaire) – Mme X, âgée de 33 ans, a été atteinte le 3 novembre 1997, de troubles de sensibilité de l'hémicorps gauche. Le lendemain, son état se dégradant, elle a été dirigée vers l'hôpital Max Fourestier de Nanterre où elle est admise à 19h02 mn au sein du service des urgences. Après la réalisation de divers examens, la patiente est réorientée, vers 21h30 mn, par le service de régulation de la grande garde de neurochirurgie à l'hôpital Beaujon, établissement de garde cette nuit là pour qu'un scanner soit effectué. Les résultats de cet examen écartent l'hypothèse d'une lésion chirurgicalement curable. Faute de place dans le service des urgences vasculaires de l'hôpital Lariboisière, Mme X est renvoyée à nouveau à 1h48 mn au sein de l'hôpital Max Fourestier. La décision de transférer la patiente vers l'hôpital Sainte-Anne, établissement disposant d'une unité neurovasculaire où le diagnostic de dissection de l'artère vertébrale a été finalement posé, n'a été prise qu'à 15h47 mn, le 5 novembre 1997.

Le Tribunal administratif de Paris a, par un jugement du 22 mai 2009, condamné l'hôpital Max Fourestier et l'AP-HP. La cour administrative d'appel de Paris condamne également ces deux établissements en considérant que *"à défaut du diagnostic précis de dissection de l'artère vertébrale, impossible à détecter en l'absence de matériels techniques appropriés à l'hôpital Max Fourestier, l'équipe médicale dudit hôpital aurait dû retenir, en raison de l'hémiplégie d'apparition brutale, le diagnostic d'accident vasculaire cérébral et transférer la victime dans une unité neurovasculaire et non dans un service de neurochirurgie (...) qu'une fois admise en neurochirurgie à l'hôpital Beaujon (...) s'il était difficile, dans le cadre d'une garde de neurochirurgie, et compte tenu de la mauvaise qualité des clichés, de déceler l'anomalie de la moelle allongée, pourtant identifiable sur les images médicales, la sémiologie clinique aurait dû orienter l'équipe de garde vers une pathologie du tronc cérébral ; que par ailleurs, comme l'indique l'expert, la circonstance qu'un contact a été pris par téléphone avec l'unité neurovasculaire de l'hôpital Lariboisière, révèle que l'équipe médicale, qui estimait qu'un avis neurologique était souhaitable, a émis l'hypothèse que Mme X puisse être victime d'un accident vasculaire cérébral ; que dès lors,, faute de place dans l'unité neurovasculaire de l'hôpital Lariboisière, il revenait aux services de l'hôpital Beaujon d'accomplir toutes les diligences nécessaires à l'admission de l'intéressée dans une autre unité neurovasculaire et non de la réorienter vers l'hôpital Max Fourestier où il n'y avait pas de neurologue (...) ; qu'ainsi, le retard au diagnostic qui a engendré un retard dans la prise en charge thérapeutique de Mme X constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital Max Fourestier de Nanterre et de l'AP-HP"*.

Cour administrative d'appel de Lyon, 29 juin 2010, n°08LY00653 (Infection nosocomiale - mise en œuvre des mesures d'hygiène et d'asepsie - preuve d'une cause étrangère - responsabilité) - Un établissement de santé est exonéré de toute responsabilité dès lors qu'il apporte la preuve qu'il a mis en œuvre l'ensemble des mesures d'hygiène et d'asepsie pour prévenir toute infection nosocomiale et que l'état de santé de la patiente était particulièrement vulnérable.

En l'espèce, Mme R, atteinte d'une leucémie aiguë, a été admise au sein du service d'hématologie du CHU de Saint-Etienne où elle a reçu deux cures d'induction chimiothérapique. Une allogreffe de moelle a été reportée à deux reprises à la suite d'une pneumopathie bilatérale et d'un pneumothorax. Cette allogreffe a finalement été réalisée mais sans succès, Mme R étant décédée le 24 mai 2004. Ses ayants droit ont recherché la responsabilité de l'établissement de santé devant le Tribunal administratif de Lyon. Ce dernier a (seulement) condamné le 29 janvier 2008 le CHU à verser une somme aux ayants droit de Mme R en réparation des préjudices d'ordre personnel dont cette dernière a souffert pendant 15 jours correspondant à son incapacité temporaire totale à la suite de l'infection nosocomiale contractée en décembre 2003. Les ayants droit de Mme R font appel de ce jugement.

La cour administrative d'appel de Lyon estime que *"compte tenu tout particulièrement de l'état de vulnérabilité de la patiente aux complications infectieuses susceptibles d'être générées par un tel traitement, l'hôpital, qui démontre avoir mis en œuvre l'ensemble des mesures d'hygiène et d'asepsie connues pour prévenir de telles complications, doit être regardé comme rapportant la preuve d'une cause étrangère au sens des dispositions précitées de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique ; qu'ainsi l'hôpital ne saurait être tenu pour responsable des conséquences dommageables de l'infection dont a été victime Mme R"*.



Cour de cassation, deuxième chambre civile, 17 juin 2010, n° 09-15842 (Responsabilité médicale – Préjudice sexuel – Définition) - Cet arrêt est intéressant dans la mesure où la Cour de cassation donne une définition, assez large, du préjudice sexuel. Elle estime en effet que « *le préjudice sexuel comprend tous les préjudices touchant à la sphère sexuelle à savoir : le préjudice morphologique lié à l'atteinte aux organes sexuels primaires et secondaires résultant du dommage subi, le préjudice lié à l'acte sexuel lui-même qui repose sur la perte du plaisir lié à l'accomplissement de l'acte sexuel, qu'il s'agisse de la perte de l'envie ou de la libido, de la perte de la capacité physique de réaliser l'acte, ou de la perte de la capacité à accéder au plaisir, le préjudice lié à une impossibilité ou une difficulté à procréer.* »

Cour de cassation, 14 octobre 2010, pourvoi n°09-16.085 et 09-17.035 (défaut de surveillance - rôle de la sage-femme - responsabilité) - Les juges retiennent en l'espèce que l'obligation de surveillance qui incombe au médecin obstétricien lors de tout accouchement est parfaitement exécutée dès lors qu'une sage-femme est en charge de cette surveillance et que cette dernière peut communiquer avec le médecin.

A la suite d'une brachycardie prolongée, une femme accouchait d'un enfant atteint de graves séquelles neurologiques et invoquait devant la haute juridiction le défaut de surveillance du médecin obstétricien. La cour de cassation considère que "*la sage-femme est habilitée à pratiquer les actes nécessaires quant à la surveillance et la pratique de l'accouchement, qu'elle doit faire appel à un médecin en cas d'accouchement dystocique, de sorte qu'il ne pouvait être fait grief à M. Z de ne pas s'être informé par lui-même, que l'accouchement par voies basses constituait, à son arrivée, le seul choix médicalement approprié en raison de l'état de dilatation du col de l'utérus, que l'instrumentation utilisée pour faciliter l'expulsion, compte tenu du temps et des éléments d'information dont il disposait, n'était pas critiquable et que les actes accomplis par le médecin, seuls appropriés à la situation, relevaient de la qualification de celui-ci*".

Réglementation sanitaire

Décret n° 2011-149 du 3 février 2011 relatif à l'inscription au répertoire des groupes génériques des spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence

Arrêté du 21 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 6 novembre 1996 modifié portant homologation des règles de répartition et d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes – La modification porte sur le greffon pancréatique.

Arrêté du 14 décembre 2010 définissant les conditions justificatives de l'entrée effective d'un laboratoire de biologie médicale dans une démarche d'accréditation

Décision du 24 décembre 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'incident grave



Publications AP-HP

