



## Mail de veille juridique pour la période du 16 au 28 février 2011

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

# Sommaire

Organisation hospitalière .....	2
Droits du patient .....	4
Personnel.....	5
Coopérations .....	6
Responsabilité.....	7
Urbanisme et environnement.....	9
Réglementation sanitaire.....	10
Publications AP-HP .....	12



# Organisation hospitalière

## **Commissions administratives paritaires fonction publique de l'Etat:**

Décret n° 2011-183 du 15 février 2011 modifiant le décret n° 82-451 du 28 mai 1982 relatif aux commissions administratives paritaires – Ce texte vient modifier le décret n° 82-451 du 28 mai 1982 relatif aux commissions administratives paritaires de la fonction publique d'Etat afin d'adapter les règles d'élection des représentants des personnels. Ces derniers, toujours élus au scrutin de liste avec représentation proportionnelle, seront désormais désignés pour quatre ans. Le décret prévoit en outre que le scrutin ne comportera plus qu'un seul tour puisque toutes les organisations syndicales remplissant les conditions d'ancienneté, d'indépendance et de respect des valeurs républicaines fixées par la loi peuvent désormais déposer des listes, sans avoir à justifier de leur représentativité. Il assouplit les conditions d'éligibilité et modifie également les règles applicables en matière de remplacement des représentants du personnel définitivement empêchés de siéger en cours de mandat.

## **Commissions administratives paritaires nationales FPH :**

Arrêté du 21 février 2011 relatif à la prorogation du mandat des représentants à la commission administrative paritaire nationale du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière – Cet arrêté prévoit que le mandat des représentants du personnel et de l'administration de la commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière est prorogé jusqu'au 31 mai 2011 inclus.

## **Comités techniques :**

Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'Etat- Ce décret est pris en application de l'article 9 de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, qui a modifié les dispositions de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat relatives aux comités techniques. Il a vocation à se substituer au décret n° 82-452 du 28 mai 1982 relatif aux comités techniques paritaires, qui ne demeure applicable qu'à titre transitoire. Le décret comprend cinq titres relatifs respectivement à l'organisation, à la composition, aux attributions, au fonctionnement des comités et aux dispositions transitoires. Ses dispositions principales concernent la cartographie des comités (fixation des niveaux auxquels ils peuvent être créés et détermination de leur caractère obligatoire ou facultatif), la généralisation de l'élection des représentants du personnel par tous les agents, titulaires et non titulaires, au scrutin de liste avec représentation proportionnelle, l'allongement de la durée du mandat à quatre ans, une adaptation des attributions des comités pour y inclure les grandes questions concernant actuellement les administrations et leurs agents, et un mode de fonctionnement tenant compte de la suppression de la composition paritaire, en nombre, des comités.



### **PMSI : HAD**

Arrêté du 7 février 2011 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement -

### **PMSI : MCO**

Arrêté du 7 février 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique

### **FMESPP :**

Circulaire DGOS/R2 n°2010-430 du 14 décembre 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des frais de la modernisation des infrastructures techniques de SAMU (répertoire opérationnel des ressources [ROR] et ANTARES) -

Circulaire DGOS/PF2/R1 n°2010-463 du 27 décembre 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du programme national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

### **Plans nationaux d'investissement :**

Instruction DGOS/PF1/MSIOS n°2010-460 du 27 décembre 2010 relative à l'organisation des revues de projets des plans nationaux d'investissement 2011 - La DGOS souhaite mettre en place, en partenariat avec les ARS, une démarche annuelle de revue des plans nationaux d'investissement afin de s'assurer de la bonne exécution des projets et de l'adéquation des financements associés.

### **Lutte contre la maltraitance :**

Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux remis au médiateur de la République, février 2011 (Médiateur de la République – Maltraitance financière – Personnes âgées) - Un rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux a été rendu le 3 février 2011 au Médiateur de la République. Ce rapport met l'accent sur la méconnaissance de la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, la personne à protéger et le cadre d'application. La mission fait 25 propositions dont notamment le renforcement de la connaissance, du cadre et de l'application des textes, ainsi que la protection des personnes, et la création d'une obligation de réalisation d'un inventaire des biens à l'entrée de l'établissement sanitaire, social ou médico-social.



# Droits du patient

## Accouchement sous X :



[Rapport parlementaire sur l'accouchement dans le secret, 12 novembre 2010 \(Accouchement sous X\)](#) - Un rapport parlementaire sur l'accouchement sous X en date du 12 novembre 2010 a été remis le 19 janvier dernier à Matignon et présente dix propositions soumises à la décision du Premier ministre. La mesure principale proposée est la suppression de l'anonymat de l'accouchement tout en maintenant la possibilité d'accoucher dans le secret. Cette proposition permettrait à l'enfant devenu majeur de connaître, s'il le souhaite, l'identité de sa mère de naissance, à la condition « que cette demande fasse l'objet d'un accompagnement et que la mère soit informée au préalable de la demande de son enfant ». Cette mesure ne remettrait pas en cause la possibilité offerte à la mère d'un accouchement secret mais l'identité de la mère devra être systématiquement recueillie.

En outre, ce rapport suggère de réserver aux majeurs l'accès aux origines personnelles, de permettre aux mères de naissance de déposer une demande de recherche au Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) et d'aménager la levée du secret après le décès de la mère. Il propose également d'améliorer les possibilités de reconnaissance anténatale des pères par une sensibilisation des parquets et des maires et l'étude de la mise en place d'un fichier national. Ce document souhaite par ailleurs le maintien du CNAOP tout en le renouvelant, le renforcement de l'accompagnement des mères avant la naissance et l'amélioration de leur accueil à la maternité, l'amélioration du contenu du dossier de l'enfant et la communication de son carnet de santé complet aux adoptants, l'identification et la formation des équipes médico-psychologiques afin d'accompagner les personnes formulant une demande d'accès à ses origines et enfin un accompagnement psychologique pour faciliter la rencontre entre les mères de naissance et leurs enfants.

[Instruction n°DGOS/MU/DGS/DP1/2011/ 53 du 10 février 2011 relative au lancement du label « 2011 année des patients et de leurs droits »](#) - Cette instruction définit les conditions d'attribution du label « 2011, année des patients et de leurs droits » par les agences régionales de santé.



# Personnel

## Professions libérales :

Décret n° 2011-200 du 21 février 2011 portant création de la Commission nationale des professions libérales – Cette commission placée auprès du ministre chargé des professions libérales est créée pour une durée de cinq ans. Elle peut être consultée sur tout projet de texte applicable à l'ensemble des professions libérales. Le ministre chargé des professions libérales peut également saisir la commission de toute question intéressant les activités libérales. Dans le cadre de sa mission de concertation, la commission examine toutes les questions intéressant les professions et les activités libérales. Elle peut émettre, à ce titre, des propositions ou des avis, ainsi que sur les codes de conduite élaborés par les professions non réglementées qui en font la demande.

## Assurance chômage :

Circulaire DGEFP/DGAFF/DGCL/DGOS/Direction du budget du 21 février 2011 relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public – Cette circulaire a pour objet de préciser les situations ouvrant droit à l'assurance chômage pour les agents publics afin de répondre aux difficultés relatives à l'adaptation de la réglementation du régime d'assurance chômage aux spécificités de la fonction publique.

## Evaluation du personnel non médical :

Recueil de pratiques sur l'évaluation professionnelle du personnel non médical de l'ANAP, février 2011 (Evaluation professionnelle – Pratiques – Personnel non médical – Hôpital) - Le 7 février 2011, l'ANAP a publié un recueil de pratiques sur l'évaluation professionnelle du personnel non médical. Ce guide de retours d'expériences présente ainsi des pratiques d'évaluation professionnelle qui ont été remarquées au sein de six établissements hospitaliers et de deux entreprises. L'ANAP fournit ainsi des précisions pour permettre aux établissements qui le souhaiteraient de mettre en place ou améliorer une démarche d'évaluation professionnelle. Selon l'ANAP, l'évaluation professionnelle du personnel non médical en milieu hospitalier tend à se professionnaliser, en lien avec une recherche de performance économique accrue et l'évolution de la réglementation.





## **Jurisprudences :**

Cour administrative d'appel de Nancy, 10 novembre 2010, n° 09NC01227 (Directeur d'hôpital – Logement de fonction – Sanction disciplinaire)- Cet arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Nancy est intéressant dans la mesure où il est rare qu'une décision jurisprudentielle concerne l'utilisation d'un logement de fonction. En l'espèce, le directeur d'un centre gériatrique a réquisitionné un logement de fonction afin de l'affecter sans titre à une association qu'il préside et a également réquisitionné le trésorier afin de le forcer à payer les redevances d'eau, de gaz et d'électricité. Le Conseil d'Etat juge que ce directeur d'hôpital n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision par laquelle le ministre de la santé et des solidarités lui a infligé la sanction d'exclusion temporaire de 24 mois avec sursis de 23 mois. Il relève que cette sanction est notamment fondée sur le fait que ce directeur a « *enfreint les règles statutaires relatives au logement de fonction allant jusqu'à réquisitionner le trésorier pour le paiement des redevances pour l'occupation sans droit ni titre d'un logement de fonction et n'a pas respecté les règles déontologiques de la profession en prenant seul une décision au profit d'une association dont il était le président sans en assurer une transparence suffisante* ».

# Coopérations

## **Communautés hospitalières de territoire (CHT) :**

Décret n° 2011-206 du 23 février 2011 relatif aux comptes combinés des communautés hospitalières de territoire – Ce décret vient modifier la partie réglementaire du Code de la santé publique relative aux CHT en prévoyant notamment le contenu de la convention de CHT : Celle-ci doit fixer l'exercice à partir duquel sont établis les comptes combinés, cet exercice ne pouvant être postérieur à celui de la troisième année suivant la création de la communauté et déterminer la date à laquelle les comptes doivent être présentés à la commission de communauté. La convention doit également fixer l'établissement dont le directeur est chargé d'élaborer les comptes combinés avec le concours des directeurs des autres établissements et des comptables de l'ensemble des établissements. Un arrêté des Ministres du Budget et de la Santé fixera les modalités d'élaboration et de présentation des comptes combinés.



# Responsabilité

## Procédure :

Décret n° 2011-186 du 16 février 2011 relatif à la procédure d'indemnisation par l'Etat des victimes de préjudices imputables à une vaccination obligatoire - La loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé, à compter du 1er juin 2010, les commissions internes de l'Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux (ONIAM), parmi lesquelles la commission d'indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires (CIVVO) qui donnait son avis sur les demandes concernant des vaccinations antérieures au 1er janvier 2006. Ce décret a pour objet de charger l'ONIAM d'instruire pour le compte de l'Etat les demandes qui n'ont pas encore fait l'objet d'une décision ou qui concerneraient la réévaluation de l'indemnité initialement accordée à raison des aggravations des dommages.

## Jurisprudences :

Cour de cassation, première chambre civile, 20 janvier 2011, n° 09-68042 (Responsabilité médicale – SIDA – Transmission mère-enfant) - En 1998, une mère, séropositive, a donné naissance au sein d'une clinique, à une petite fille qui s'est révélée également séropositive par contamination maternelle. Les parents ont recherché la responsabilité du médecin traitant et de l'établissement de soin où elle a accouché en reprochant au médecin de ne l'avoir pas informée du risque de transmission du virus, et à la clinique de n'avoir pas effectué de test de dépistage au cours de sa grossesse. Ils considèrent que ces manquements ont fait perdre une chance de diagnostiquer et de traiter plus tôt la pathologie de leur fille. Les demandes des requérants ont été rejetées. La cour d'appel a en effet relevé que la mère, qui était suivie de façon régulière depuis plusieurs années avant son accouchement en raison de sa séropositivité, « *disposait de toutes les informations nécessaires sur les risques de transmission du virus à l'enfant, mais avait adopté une attitude de déni à l'égard de sa séropositivité* ». La cour en a ainsi déduit que « *la patiente parfaitement informée des risques, avait dissimulé son état de santé* ». Par ailleurs, la responsabilité de la clinique est également écartée en raison de l'absence de tout manquement fautif susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement de santé. Elle relève également que le dépistage systématique n'était pas obligatoire à la date de naissance de l'enfant.

Conseil d'Etat, 2 février 2011, n° 320052 (Responsabilité médicale – Hôpital – Infection nosocomiale)- Dans le cadre du régime de responsabilité antérieure à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le Conseil d'Etat considère que la responsabilité d'un hôpital ne peut être écartée qu'en cas de certitude sur le caractère endogène de l'infection nosocomiale contractée par le patient.

En l'espèce, un patient a subi deux interventions chirurgicales en raison d'un accident de la circulation et à la suite desquelles une infection osseuse est apparue. Le tribunal administratif condamne en première instance le centre hospitalier à indemniser le patient mais la cour administrative d'appel est venue censurer son jugement. Or, le Conseil d'Etat a jugé que « *l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme lors d'une intervention chirurgicale révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier et engage la responsabilité de celui-ci envers la victime des conséquences dommageables de l'infection ; qu'il en va toutefois autrement lorsqu'il est certain que l'infection, si elle est déclarée à la suite d'une intervention chirurgicale, résulte de germes déjà présents dans l'organisme du patient avant l'hospitalisation* ». Par cet arrêt, la Haute juridiction administrative assouplit sa jurisprudence antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 qui écartait la présomption de faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier dès lors que l'infection nosocomiale contractée par le patient résultait de germes déjà présents dans son organisme avant l'hospitalisation.



Tribunal administratif de Grenoble, 21 mai 2010, n° 0600648 (Responsabilité – Hôpital – Télé-expertise)- En l'espèce, un patient est hospitalisé au sein d'un centre hospitalier en raison d'un traumatisme crânien à la suite d'un accident de parapente. Un scanner cérébral a été effectué, mais comme il ne montrait aucune anomalie, le patient a été autorisé à sortir quelques jours après. Un mois plus tard, ce patient est de nouveau hospitalisé à la suite de céphalées inhabituelles non améliorées par des antalgiques et de vomissements. Un examen par scanner a été pratiqué et un avis a été demandé au service de neurochirurgie d'un centre hospitalier universitaire, avec vidéo-transmission des images résultant de l'examen faisant apparaître un hématome sous-dural fronto-pariétal bilatéral. Ce service a fait savoir qu'il ne disposait pas de place disponible, que l'état clinique du patient permettait d'attendre pour réaliser une opération de drainage de l'hématome, laquelle devait être différée du fait de la prise d'aspirine. Le lendemain, l'état clinique du patient s'est aggravé. Le service de neurochirurgie du CHU n'a pas modifié sa position concernant la conduite à tenir. Le patient est entré dans le coma puis a été transféré au sein d'un autre établissement hospitalier dans lequel il est décédé.

Le tribunal administratif relève une erreur de diagnostic constitutive d'une faute commune au centre hospitalier et au CHU engageant ainsi la responsabilité solidaire des deux établissements hospitaliers. Ce jugement indique en effet que « le scanner alors réalisé faisait apparaître un engagement central majeur avec début d'engagement temporal ; que ce signe radiologique très important, qui signifiait que l'hématome sous-dural, malgré sa bonne tolérance clinique apparente, était une forme grave menaçant déjà le malade d'une aggravation vers le coma, a été ignoré par les médecins qui ont examiné les images médicales dans les deux établissements ». Le tribunal considère sur ce point que si le CHU « invoque un doute sur la réception de deux planches d'images par son service de neurochirurgie et une interrogation sur la qualité des images, il ne ressort d'aucun élément du dossier que les médecins qui les ont reçues et interprétées aient émis des réserves sur leur qualité et leur caractère complet, ni qu'ils aient suggéré de les compléter ».

Concernant l'appel en garantie du centre hospitalier à l'encontre du CHU, le tribunal souligne que « les hôpitaux généraux (...) ne sont pas dotés de moyens spécialisés en neurochirurgie, et sont donc amenés à demander l'avis des services spécialisés des centres hospitaliers universitaires en vue de l'admission des patients dans ces services » et relève que « les télétransmissions d'images médicales entre les deux établissements n'ont pas donné lieu à des comptes-rendus écrits ». Le tribunal administratif juge qu'il « ne ressort d'aucun élément du dossier que les médecins qui les ont reçues et interprétées aient émis des réserves sur leur qualité et leur caractère complet, ni qu'ils aient suggéré de les compléter ». Dans ces conditions, il estime que le CHU a commis une faute vis-à-vis du centre dans l'interprétation des images médicales transmises et dans l'avis rendu, selon lequel il n'y avait pas lieu de transférer immédiatement ce patient dans son service de neurochirurgie.

Cour de cassation, chambre criminelle, 29 juin 2010, n°09-81661 (AMP – Médecin gynécologue – Condamnation pénale)- La chambre criminelle de la Cour de cassation a, par un arrêt rendu en date du 29 juin 2010, rejeté le pourvoi contre un arrêt de la Cour d'appel de Lyon en date du 11 février 2009 ayant condamné un médecin gynécologue pour escroquerie au préjudice de la sécurité sociale et mise en danger de la vie des patientes ayant reçu des traitements de stimulation ovarienne susceptibles d'entraîner des risques mortels et subi des actes d'assistance médicale à la procréation (AMP) dans des conditions irrégulières. En l'espèce, un gynécologue a assuré pendant plusieurs années le suivi de patientes qui présentaient des troubles de la fécondité et leur a appliqué des traitements aux fins de stimulation ovarienne. A la suite de la plainte d'une patiente pour mise en danger de la vie d'autrui et escroquerie, une information a été ouverte puis ce professionnel de santé a été poursuivi devant la juridiction pénale pour avoir notamment mis en danger la vie de six personnes.

Concernant l'infraction de mise en danger de la vie d'autrui, la Cour de cassation relève que « la prise en charge et le suivi du dossier médical des patientes n'avaient pas été réalisés conformément aux règles de l'art et que les soins pratiqués avaient constitué pour elles un danger certain ». Elle indique que « les infractions sont constituées dès lors qu'en méconnaissance de l'article L. 2141-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 12 janvier 1999, la réalisation des AMP a été faite sans évaluation préalable d'une équipe pluridisciplinaire, sans un bilan clinique complet des deux partenaires et sans un bilan sanitaire et diagnostique » et « que les traitements



de stimulations ovariennes réalisées à de fortes posologies pouvaient entraîner un risque mortel d'hémorragie, un risque d'épanchement liquidien intra-abdominal, de phlébite ou d'embolie pulmonaire ». Elle approuve ainsi la cour d'appel d'avoir déduit de ces constatations que ce médecin a, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, exposé autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente.

Concernant l'infraction d'escroquerie au préjudice de la sécurité sociale, la Cour relève notamment que ce praticien avait, à de maintes reprises, fait signer des patientes au verso de leurs ordonnances, multiplié les factures subrogatoires sur la base d'une même ordonnance et utilisé des feuilles de remboursement vierges portant l'empreinte du tampon de plusieurs pharmacies afin d'obtenir la délivrance de médicaments indûment payés par la sécurité sociale pour se constituer un stock.

Conseil d'Etat, 17 janvier 2011, n°317670 (Responsabilité hospitalière – Jurisprudence Bianchi – Caractère exceptionnel du risque) - La jurisprudence administrative continue, pour les affaires dont les faits sont antérieurs au 5 septembre 2001, à appliquer la jurisprudence Bianchi (Conseil d'Etat, Ass., 9 avril 1993). Le Conseil d'Etat profite de cette occasion pour préciser le mode d'appréciation du caractère exceptionnel. Il affirme par conséquent que le caractère exceptionnel du risque s'apprécie par des statistiques mesurant l'occurrence de risque de même gravité et dans des conditions comparables à celles de la victime.

En l'espèce, un enfant est né avec une anomalie cardiaque nécessitant une intervention chirurgicale. A la suite de l'intervention, ce patient a présenté de graves troubles neurologiques inexplicables entraînant son placement en réanimation et d'importantes séquelles physiques. Les parents ont alors engagé la responsabilité de l'AP-HP et le tribunal administratif avait admis la responsabilité sans faute de l'AP-HP. Or, la Cour administrative d'appel a annulé ce jugement au motif qu'il n'y a pas eu création d'un risque exceptionnel. Mais le Conseil d'Etat annule cet arrêt au motif qu'en « *appréciant ainsi le caractère exceptionnel de l'occurrence du risque en se fondant sur les études statistiques générales relatives aux complications neurologiques de toute nature survenues lors d'opérations de tétralogies de Fallot et non sur celles qui ont mesuré l'occurrence de risques neurologiques de la gravité de ceux constatés chez la victime sur des enfants opérés dans des conditions comparables à son cas, la cour a commis une erreur de droit* ».

## Urbanisme et environnement

Décret n° 2011-210 du 24 février 2011 tirant les conséquences de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans le code de l'environnement - Ce décret vient modifier le Code de l'environnement en prévoyant diverses dispositions afférentes à la compétence désormais exercée par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) en matière d'urbanisme et d'environnement : notamment la consultation pour avis sur les études d'impact des travaux et projets d'aménagement urbain lorsque les aménagements font l'objet des plans, schémas, programmes et documents de planification et sont susceptibles d'avoir des effets sur la santé.



# Réglementation sanitaire

## Bioéthique :



Rapport n°2911 du 26 janvier 2011 de l'Assemblée nationale au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique (Bioéthique – Projet de loi – Génétique – Dons d'organes et de cellules – IVG) - Le rapport n°2911 du 26 janvier 2011 de l'Assemblée nationale fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique et présidé par Jean Léonetti réaffirme les grands principes bioéthiques dans les domaines de la génétique, du don d'organes et de cellules et propose d'améliorer tant l'encadrement des diagnostics anténataux que l'accompagnement des femmes dans le cadre de l'interruption médicale de grossesse. Ce rapport évoque également l'assistance médicale à la procréation et envisage une nouvelle approche relative à la levée de l'anonymat du don de gamètes, plus pragmatique et éthique.

Arrêté du 15 février 2011 relatif aux caractéristiques de la vignette pharmaceutique - Cet arrêté vient modifier les caractéristiques de la vignette pharmaceutique. A titre transitoire et jusqu'à la modification du taux concerné, la vignette de couleur bleu clair demeure toutefois applicable aux spécialités pharmaceutiques pour lesquelles la participation de l'assuré est de 65 %.



### **Lutte contre les infections nosocomiales :**

Instruction DGOS/PF2 n°2010-466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes - La prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes, enjeu majeur de santé publique, fait partie des mesures prescrites dans les programmes nationaux de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 et 2009-2013. Cette instruction a pour objet de décrire l'organisation de la prise en charge des IOA complexes. Elle fixe la liste des centres de référence et lance la procédure d'identification des centres « correspondants ».

### **Lutte contre les maladies transmissibles :**

Instruction DGS/RI1/RI2 n°2010-433 du 13 décembre 2010 relative au rapport d'activité et de performance des centres en charge des actions de prévention des maladies transmissibles dont la compétence a été transférée à l'État par la loi du 13 août 2004 modifiée relative aux libertés et responsabilités locales - Les établissements et organismes habilités comme centres de vaccination, CLAT (centres de lutte contre la tuberculose) ou CIDDIST (centres d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles) doivent fournir annuellement au directeur général de l'ARS un rapport d'activité et de performance (RAP). Cette instruction vient fixer les modèles actualisés des RAP.

Arrêté du 1er décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application des articles D. 3111-25, D. 3112-9 et D. 3121-41 du code de la santé publique



# Publications AP-HP

