



Mail de veille juridique pour la période du 16 au 31 mars 2011

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

Sommaire

Droits du patient	2
Organisation hospitalière	4
Personnel.....	5
Réglementation sanitaire.....	9
Organisation des soins.....	10
Responsabilité.....	11
Sécurité sociale.....	13
Informatique et libertés	13
Publications AP-HP	14



Droits du patient



Rapport annuel 2010 du Médiateur de la République - Le 21 mars 2011, le Médiateur

de la République a remis son rapport annuel 2010 au Président de la République. Ce rapport dresse le bilan des 79 046 réclamations enregistrées en 2010 (et dont 18 % concernent la santé et la sécurité des soins). Le Médiateur de la République constate par exemple que l'accès au dossier médical du patient, notamment par ses ayants droit, reste une source de complications. Il suggère d'une part que « *les établissements de santé désignent un représentant chargé d'instruire les plaintes, ou alors créent une cellule orientée vers la communication des dossiers médicaux, au sein d'un service dédié à leur centralisation* », et d'autre part, de compléter la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en précisant le contenu minimum d'une communication sollicitée par les ayants droit. Par ailleurs, le Médiateur a été destinataire d'une cinquantaine de témoignages traduisant l'ignorance ou l'incompréhension des principales dispositions de la loi Leonetti de 2005 sur la fin de vie, lesquelles sont, en conséquence, insuffisamment appliquées. Le rapport aborde également l'existence de difficultés relatives à l'application du principe de laïcité à l'hôpital, ainsi que l'engorgement persistant des urgences, l'usure du personnel hospitalier et la violence qu'ils peuvent subir de la part de certains usagers.

Le rapport 2010 est le dernier remis par le Médiateur de la République, puisqu'une nouvelle institution lui succède : le Défenseur des droits, disposant d'un champ de compétences élargi et de pouvoirs renforcés.

Défenseur des droits :

Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.

Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

Ces deux textes interviennent en application de l'article 71-1 de la Constitution, révisée en juillet 2008, et prévoyant la création d'une nouvelle institution, le Défenseur des droits, se substituant notamment au Médiateur de la République. Jusqu'alors pour faire valoir ses droits il était notamment possible de s'adresser soit au Médiateur, soit à la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), soit à la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS), soit au Défenseur des enfants ; désormais il sera possible de présenter ses demandes auprès d'un interlocuteur unique, le Défenseur des droits. Celui-ci veille au respect des droits et libertés par les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public. Il peut être saisi, dans les conditions prévues par la loi organique, par toute personne s'estimant lésée par le fonctionnement d'un service public ou d'un organisme investi d'une mission de service public.



Droit au séjour pour raisons médicales :

Avis du Conseil national du sida (CNS), 10 février 2011, "réforme du droit au séjour pour raisons médicales envisagée dans le cadre du projet de loi n° 2400 « immigration, intégration et nationalité" - Dans cet avis, le CNS estime que la modification de l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, si elle venait à être adoptée dans les termes de l'article 17 ter du projet de loi serait notamment "*une source d'incertitude juridique préjudiciable aux droits et à la santé des personnes étrangères malades légitimement susceptibles de bénéficier du dispositif actuel de droit au séjour pour raisons médicales, (...) comporterait des risques sérieux pour la santé publique, notamment en terme de diffusion des maladies infectieuses telles que le VIH, les hépatites ou la tuberculose et plus particulièrement de forme résistantes de ces pathologies et serait en contradiction avec les politiques de santé conduites en France et avec les objectifs de différents plans nationaux de santé*". Elle recommande donc la suppression de cet article 17 ter du projet de loi.

Aide médicale de l'Etat :

Décret n° 2011-273 du 15 mars 2011 pris pour l'application de l'article 968 E du code général des impôts relatif à l'aide médicale de l'Etat – Ce décret fixe les modalités du paiement du droit annuel acquitté préalablement à la délivrance du titre d'admission à l'aide médicale de l'Etat. Le montant de ce droit annuel s'élève à 30 euros.

Hospitalisation sans consentement :

Recommandations du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relatives à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police - L'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), sise 3, rue Cabanis, à Paris (14e), a fait l'objet d'une visite de quatre contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté, du 15 au 17 juillet 2009. Le CGLPL observe que si l'IPPP était sans équivalent lors de son apparition, voici plus de deux siècles, tel n'est plus le cas aujourd'hui. A Paris, les hôpitaux accueillent un nombre bien supérieur d'urgences psychiatriques que l'infirmierie psychiatrique – dans un rapport de un à huit environ. C'est notamment pourquoi il est recommandé au Gouvernement le transfert des moyens de l'IPPP au dispositif hospitalier de droit commun, sans modifier naturellement les compétences en matière de police sanitaire attribuées au préfet de police et aux commissaires de police.

Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office – Cet avis présente l'analyse par le CGLPL de certaines modalités de l'hospitalisation d'office : les entraves à la faculté donnée aux personnes qui sont hospitalisées d'office de contester devant le juge compétent la mesure dont elles sont l'objet ; l'enfermement en unités hospitalières psychiatriques accompagné d'aucune procédure particulière (ni décision individuelle, ni indication d'aucune voie de recours, ni a fortiori l'intervention d'aucun juge) ; les craintes d'atteintes à l'ordre public rendant, dans un nombre croissant de départements, l'obtention des sorties d'essai plus difficile et les mainlevées de mesures d'hospitalisation d'office plus aléatoires ; la pratique très générale qui consiste à mettre nécessairement, quel que soit leur état de santé, les détenus hospitalisés d'office en chambre d'isolement (sécurisée) et, surtout, à les y maintenir pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Pour aller plus loin : Fiche pratique DAJDP « [L'admission pour troubles mentaux](#) »



Organisation hospitalière

Financement :

Instruction DGOS/PF4 n° 2010-439 du 16 décembre 2010 relative au programme de soutien aux techniques innovantes coûteuses (STIC) pour 2011 – Parmi les annexes de cette instruction figure la liste des 21 thèmes retenus pour le programme 2011 de soutien aux techniques innovantes coûteuses.

Arrêté du 9 mars 2011 modifiant l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale – Cet arrêté apporte certaines modifications à la liste des structures, des programmes et des actions pris en charge par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé. Sont notamment désormais inscrites au titre des MIGAC les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires. Fait également l'objet d'une modification l'intitulé de la mission relative à la permanence des soins hospitalière. Par ailleurs dans le cadre des missions d'enseignement, de référence, de recherche et d'innovation (MERRI), l'arrêté prévoit le financement de la rémunération des internes en médecine, pharmacie et en odontologie.

Arrêté du 16 mars 2011 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Institutions de santé publique :

Décret n° 2011-351 du 29 mars 2011 modifiant des dispositions du code de la santé publique et l'article 2 du décret n° 2010-337 du 31 mars 2010 relatifs au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé – Ce décret vient modifier les conditions dans lesquelles les présidents des conférences régionales de la santé et de l'autonomie participent aux travaux des conseils de surveillance des agences régionales de santé, ainsi que celles dans lesquelles sont désignés les représentants du personnel membres de ces conseils dans l'attente de la mise en place des instances représentatives du personnel des agences régionales de santé.

Arrêté du 13 mars 2011 relatif à la composition et au secrétariat de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

Jurisprudences :

Conseil d'Etat, 23 décembre 2010, n°337396 (Ordonnance – Biologie médicale – Recours en annulation) - Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et le Syndicat national des médecins biologistes ont formé devant le Conseil d'Etat un recours en annulation à l'encontre de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Le Conseil d'Etat a censuré le nouvel article L. 6223-5 du Code de la santé publique concernant les conditions d'exploitation des laboratoires de biologie médicale au motif qu'il ne fait pas obstacle à ce que désormais les professionnels de santé qui ne sont pas autorisés à prescrire des examens de biologie médicale ainsi que les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de droit privé puissent détenir directement ou indirectement une fraction du capital social d'une société exploitant un laboratoire de biologie médicale. Il considère que les dispositions de cet article « *doivent être regardées comme assouplissant les règles encadrant l'actionnariat de ces sociétés en méconnaissance de l'habilitation consentie par le législateur* ». En revanche, la Haute juridiction administrative valide les autres dispositions de l'ordonnance que ce soit concernant la responsabilité du laboratoire, l'exercice des fonctions de biologiste médical, l'accréditation, l'ouverture des laboratoires, les examens d'anatomie et de cytologie pathologiques, la détention du capital des sociétés exploitant un laboratoire ou les sanctions administratives et pénales.



Conseil d'Etat, 23 février 2011, n°334022 (circulaires et instructions - site internet - applicabilité) - Par cet arrêt, il est intéressant de retenir que le Conseil d'Etat indique, en se fondant sur les articles 1 et 2 du décret du 8 décembre 2008 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires, que ces dernières sont tenues à la disposition du public sur un site internet relevant du Premier Ministre. "*Une circulaire ou une instruction qui ne figure pas (sur ce site) n'est pas applicable*". A noter que ces dispositions ne s'appliquent pas pour les textes publiés avant le 1er mai 2009.

Personnel

Personnels médical et pharmaceutique :

Décret n° 2011-344 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public et aux activités de soins de certains établissements de santé privés

Décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé

Arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique

Arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R. 6146-23 du code de la santé publique

Ces deux décrets et deux arrêtés portent application des dispositions, issues de la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », permettant, sous certaines conditions, la participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public et aux activités de soins des établissements de santé public ou privé.

Cette participation s'établit sur la base d'un contrat écrit, passé entre le professionnel libéral et l'établissement de santé. Ce contrat prend en compte les orientations stratégiques prévues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'Agence régionale de santé (ARS). Par ce contrat, le professionnel de santé s'engage à respecter notamment les recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes, le projet d'établissement, le règlement intérieur de l'établissement, ainsi que le programme d'actions qui concerne la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, les mesures mises en place dans l'établissement pour assurer la continuité des soins, et notamment les délais d'intervention des professionnels de santé.

Les deux décrets prévoient la transmission par le professionnel libéral au directeur de l'établissement (ou son représentant légal) d'un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient permettant de déterminer le montant des honoraires qui lui seront versés par l'établissement. Le montant des honoraires pourra être "minoré", le cas échéant, d'une redevance (dont le taux applicable au sein des établissements publics de santé est fixé par l'un des arrêtés du 28 mars) couvrant la part des frais des professionnels de santé supportée par l'établissement pour les moyens matériels et humains qu'il met à leur disposition. Il convient de préciser que le patient, quant à lui, est pris en charge au tarif de la sécurité sociale, réglé à la caisse de l'établissement et qu'il n'a à verser aucun honoraire supplémentaire.

S'agissant plus spécifiquement des établissements publics de santé, l'admission des professionnels de santé libéraux est une décision du directeur de l'établissement prise sur proposition du chef de pôle, après avis de la commission médicale d'établissement (art. L. 6146-9 du code de la santé publique). Dans ce cadre, le contrat conclu, pour une durée maximum de 5 ans renouvelable par avenant, avec le professionnel libéral doit être transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'ARS, et est réputé approuvé si celui-ci n'a pas fait connaître son opposition dans le délai d'un mois à compter de sa réception.



Par ailleurs un des arrêté du 28 mars fixe, pour les médecins exerçant à titre libéral dans les établissements publics de santé le montant de l'indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus résultant de leur participation à des actions de formation prévues dans le cadre de la politique de formation de l'établissement ainsi qu'à des réunions des instances délibératives ou consultatives de l'établissement.

Personnels de direction :

Décret n° 2011-282 du 17 mars 2011 modifiant les dispositions réglementaires relatives aux comités de sélection à certains emplois de direction d'établissements mentionnés aux 1° à 6° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Ce décret vient notamment préciser le profil des candidats aux postes de directeur d'hôpital selon que les emplois sont ou non fonctionnels.

Personnels infirmiers :



Protocole d'accord du 14 mars 2011 relatif à la situation des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière détachés dans la fonction publique d'Etat - La réforme LMD ouvre la voie à une reconnaissance au grade de licence des diplômés des professions paramédicales dont la durée d'études est d'au moins trois ans. Elle est appuyée par le protocole d'accord du 2 février 2010 qui permet au plan statutaire l'intégration des diplômés en catégorie A de la fonction publique hospitalière (FPH). La transposition de ces dispositions dans la Fonction publique d'État (FPE) et au sein de la Fonction publique territoriale (FPT) n'a pas encore été faite. Pour statuer sur le cas des infirmiers de la FPH actuellement en position de détachement notamment dans les corps des infirmiers de l'Éducation nationale, la Fédération hospitalière de France (FHF), le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative ont signé le 14 mars 2011 le présent protocole d'accord.

Etudes médicales :

Instruction n° DGOS/RH1/2011/101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale – Cette instruction vient préciser les actions à mener au niveau de chaque région en vue d'atteindre progressivement l'objectif d'augmentation de l'ordre de 20 % du nombre de maîtres de stage d'ici la fin 2011 (pour passer de 5400 à 9000 maîtres de stages en ambulatoire, y compris dans les spécialités autres que celle de médecine générale), et réduire les disparités régionales.



Réserve sanitaire :

Arrêté du 22 février 2011 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire – Ce texte prévoit la mobilisation de sept réservistes, de formation médicale ou paramédicale et appartenant à la réserve sanitaire d'intervention, afin de participer aux ponts aériens permettant l'évacuation des ressortissants français de Libye.

Arrêté du 3 mars 2011 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire – Ce texte prévoit la mobilisation pour l'exercice d'une mission d'appui médical de sept réservistes, de formation médicale ou paramédicale et appartenant à la réserve sanitaire d'intervention, afin de participer, pour une durée estimée à une semaine, au dispositif d'aide humanitaire sur le continent africain. Le nombre de réservistes engagés, la durée de la mission et les lieux d'intervention pourront être ajustés en fonction de l'évolution de la situation dans les limites de trente personnels et de quarante-cinq jours.

Conditions de travail :

Décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels - La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites a instauré diverses mesures relatives à la prise en compte de la pénibilité dans les parcours professionnels qu'il s'agisse de sa prévention (dispositif de suivi des expositions des travailleurs, accord ou plan d'action de prévention de la pénibilité) ou de sa compensation (droit à une retraite anticipée pour pénibilité). Les dispositions de cette loi mentionnent des facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables identifiables et irréversibles sur la santé. Ce décret vient définir ces facteurs de risques professionnels.

Jurisprudences :

Cour administrative d'appel de Nantes, 1^{er} octobre 2010, n° 10NT00081 (Fonction publique hospitalière – Agent – Changement d'affectation – Absence d'intention disciplinaire) - Par cet arrêt, la Cour administrative d'appel de Nantes affirme que le changement d'affectation sans intention disciplinaire est légal. En l'espèce, un cadre socio-éducatif de la fonction publique hospitalière, M. X., a été déchargé de sa fonction de direction de l'équipe d'un foyer en raison de dissensions existants entre cet agent et l'équipe éducative du foyer. La cour estime que cette décision n'est pas illégale en relevant qu'il « *résulte de l'instruction que la modification des attributions de M. X a été décidée dans l'intérêt du service, pour permettre au foyer d'accueil médicalisé de fonctionner de manière plus sereine et non dans un but disciplinaire, aucun élément du dossier ne venant établir l'existence d'une intention de la part de la hiérarchie de M. X de le sanctionner* » et que la décision « *n'emportait pas de changement de son lieu de travail et était sans effet sur sa rémunération ou ses perspectives de carrière* ».

Conseil d'Etat, 17 janvier 2011, n° 334513 (Fonction publique hospitalière – Hôpital – Directeur adjoint contractuel – Poste – Création – Licenciement) - En l'espèce, un homme a été recruté par un centre hospitalier universitaire (CHU) en qualité de directeur adjoint contractuel chargé des relations internationales à compter du 1^{er} janvier 2005. Le conseil d'administration de cet établissement a décidé la création de cet emploi par une délibération en date du 8 mars 2005 puis a décidé de sa suppression par une délibération du 27 avril 2005. Par une décision du 27 mai 2005, le directeur du développement social du CHU s'est fondé sur cette délibération pour procéder au licenciement de cet agent. Sur le fondement de l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur à l'époque des faits, le Conseil d'Etat indique que la délibération d'un conseil d'administration n'est pas irrégulière « *dès lors qu'il apparaissait que l'intéressé avait effectivement exercé ses fonctions* ».



Cour d'appel de Versailles, 2 mars 2011, n° 10/07384 (externalisation de la saisie des comptes-rendus médicaux - expertise - CHSCT - projet important au sens de l'article L. 4614-12 du Code du travail) - La direction d'un établissement de santé a présenté en CHSCT, un projet d'externalisation partielle de la saisie des comptes-rendus médicaux, destiné à résorber la surcharge de travail dont souffrent les secrétaires médicales. Les membres du CHSCT ont demandé à avoir recours à une expertise sur le fondement de l'article L. 4614-12 du Code du travail. L'établissement de santé a contesté en référé cette demande d'expertise. Par ordonnance de référé, le Tribunal de grande instance a débouté l'hôpital de sa demande, celui-ci interjette appel. La cour d'appel de Versailles confirme l'ordonnance sus citée en considérant que *"dès lors, si le contrat passé avec la société M consiste à décharger les secrétaires médicales présentes à l'hôpital, de la frappe des comptes-rendus qui incombait à celles qui sont temporairement absentes, il induit la répartition de l'intégralité des autres tâches dévolues aux secondes (accueil des patients, gestion des appels téléphoniques, planning des médecins) auxquelles s'ajouteront, la réception des comptes-rendus frappés à l'extérieur, leur relecture et éventuelle correction, sans que, de surcroît, les secrétaires médicales présentes aient l'opportunité d'accomplir des heures supplémentaires en cas d'excédent temporaire de travail ; que l'économie réalisé sur le personnel de remplacement, selon les termes employés lors de la réunion du 29 juin 2010 par un représentant de la direction, constitue le motif même de cette externalisation qui ayant vocation à être généralisée à l'ensemble des services de l'hôpital, modifie profondément en accroissant la charge de travail de toutes les personnes exerçant une activité de secrétaire médicale ; qu'en égard au retentissement sur les conditions de travail des secrétaires médicales des modifications induites par cette nouvelle organisation du travail présentée comme un projet devant le CHSCT, celui-ci ne peut être que qualifié de projet important au sens de l'article L. 4614-12 du Code du travail (...)"*.

Conseil d'Etat, 4 mars 2011, n° 326542 (prime de fonctions - exercice effectif des fonctions - bénéfice de plein droit) - Par une lettre du 26 septembre 2005 ; M.A technicien supérieur à l'AP-HP affecté au service informatique d'un site hospitalier a demandé à bénéficier de la prime informatique instituée par un décret du 29 avril 1971 relatif aux fonctions et au régime indemnitaire des fonctionnaires de l'Etat et des établissements publics affectés au traitement de l'information. Par une décision du 22 novembre 2005 la directrice générale de l'AP-HP rejette cette demande. Un arrêt du tribunal administratif de Paris annule ce rejet, l'AP-HP se pourvoit en cassation. La question se posait de savoir si la prime en question constituait un complément de traitement au sens des dispositions précitées de l'article 77 de la loi du 9 janvier 1986, et devait ainsi être accordé au fonctionnaire. Le Conseil d'Etat a répondu que ne peuvent être regardées comme des compléments de traitement au sens de ces dispositions que les indemnités dont le bénéficiaire n'est pas subordonné à l'exercice effectif des fonctions. Or, la prime de fonctions, essentiellement variable et personnelle, est allouée compte tenu de la valeur professionnelle et de l'activité de chacun des fonctionnaires et agents susceptibles d'en bénéficier. Ainsi, le bénéficiaire de la prime de fonctions à laquelle peuvent prétendre les fonctionnaires et agents de l'Etat affectés au traitement de l'information est, compte tenu des critères prévus pour son attribution, lié à l'exercice effectif des fonctions. Cette prime ne peut donc pas être considérée comme un complément de traitement, l'arrêt du TA de Paris est donc cassé.

Tribunal administratif de Rennes, 10 février 2011, n° 1001660 (temps partiel - projet de réduction du nombre d'agents exerçant à temps partiel) - Un syndicat demande l'annulation d'un document élaboré par le directeur général d'un CHU et intitulé *"note interne charte du temps partiel"*, document étant défini comme une décision administrative susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir. Les dispositions de cette charte, diffusée aux chefs de service, avaient pour objet de réduire le nombre d'agents exerçant à temps partiel pour une quotité de 80%. Le Tribunal administratif de Rennes fait droit à la demande du syndicat et annule ce document en considérant que *"compte tenu des spécificités des contraintes budgétaires des établissements hospitaliers, la nécessité de limiter les temps partiels à 80 % dans un but d'économie budgétaire peut être comprise au nombre des nécessités de la continuité du service au sens de l'article 46 de la loi du 9 janvier 1986 ; que, toutefois, cette limitation ne peut être telle qu'elle aurait pour effet de porter une atteinte disproportionnée aux droits des fonctionnaires en cette matière ; que si, dans les circonstances de l'espèce, il n'apparaît pas que, compte tenu de la proportion d'agents exerçant leurs fonctions à 80%, la réduction à 1000 du nombre des agents exerçant leurs fonctions à temps partiel pour cette quotité soit manifestement disproportionnée, il appartient toutefois à*



L'établissement de justifier que les contraintes budgétaires auxquelles il est soumis nécessitent la limitation qu'il envisage ; Considérant que le syndicat requérant fait valoir que le centre hospitalier n'établit pas la réalité du surcoût engendré par le nombre d'agents exerçant à temps partiel à 80% ; que le centre hospitalier se borne à évaluer sommairement ce surcoût à un million d'euros ; qu'il ne peut ainsi être regardé, en l'état du dossier, comme établissant que les contraintes budgétaires auxquelles il est soumis nécessitent la limitation qu'il a décidée".

Réglementation sanitaire

Prélèvement d'organes et de tissus :

Décision n° 2011-03 du 1er février 2011 relative à la commission de certification des coordinations hospitalières de prélèvement d'organes et de tissus auprès de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine – Cette commission est chargée de délibérer sur le niveau de certification obtenu par une coordination hospitalière à l'issue de la procédure d'audit dans laquelle elle s'est engagée sur demande de la direction de l'établissement de santé concerné. La décision prévoit par ailleurs la composition de cette commission.

Dispositifs médicaux :



Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) « Evolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux », novembre 2010 - Ce rapport rappelle que les dispositifs médicaux recouvrent des produits nombreux -près de 2 millions- et hétérogènes (lits médicalisés, fauteuils roulants, seringues... ; les équipements médicaux, tout comme les prothèses dentaires, ont été exclus du champ d'analyse des inspecteurs). Au total, cela représente un marché estimé à environ 21,3 milliards d'euros (hors équipements médicaux). L'étude aborde les causes de la forte croissance des dépenses remboursées des dispositifs médicaux, en se concentrant sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, et évalue l'efficacité des outils de maîtrise de la dépense. Le rapport IGAS présente également plusieurs propositions pour améliorer la régulation des dépenses remboursées des dispositifs médicaux.



Décret n° 2011-287 du 18 mars 2011 portant dispositions pénales applicables aux infractions relatives à certains produits de santé – Ce texte prévoit notamment la peine d’amende (une contravention de 5^{ème} classe) encourue par un fabricant d'un dispositif médical ou son mandataire, qui ne tiendrait pas à la disposition du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) les déclarations de conformité et les documentations techniques établies dans le cadre des procédures de certification, ainsi que les décisions et rapports des organismes habilités ayant participé à ces procédures.

Organisation des soins

Transport sanitaire:

Décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville - L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un mécanisme de régulation des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. Les Agence régionale de santé (ARS) sont chargées de suivre, pour chaque établissement de santé, l'évolution des dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville soumises à ce taux. Après un bilan annuel et en cas de non-respect du taux fixé, l'ARS pourra proposer à l'établissement de conclure, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant un objectif de convergence de l'évolution des dépenses vers le taux national ainsi qu'un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières. Ce décret vient préciser les objectifs ainsi que les modalités d'élaboration et de conclusion de ce contrat. Il fixe la procédure et les modalités de sanction en cas de refus de signer le contrat ou de non-respect de celui-ci par les établissements concernés et, réciproquement, les modalités de reversement d'une fraction des économies réalisées lorsque celles-ci dépassent les engagements prévus au contrat.

Plan Alzheimer :

Circulaire interministérielle DGCS/SD3A/DGOS n° 2011-12 du 13 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA)

Circulaire DGOS/R4 n° 2011-35 du 26 janvier 2011 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des unités cognitivo-comportementales (UCC) en SSR identifiés dans le cadre du plan Alzheimer



Responsabilité

Jurisprudences :

Tribunal administratif de Cergy-Pontoise, 3 mars 2011, n°089748 (intubation - dommage dentaire - certificat - responsabilité de l'établissement de santé) - Mme A. a subi le 7 mars 2008 une intervention chirurgicale nécessitant une intubation oro-trachéale. A la suite de l'intervention, elle est informée que l'interne en anesthésie lui a cassé une dent en extrayant la sonde. Elle demande alors à l'établissement de santé le remboursement de ses frais dentaires, ce qui lui est refusé. Elle saisit le Tribunal administratif qui considère, par ce jugement, que le fait qu'"un certificat établissant la fracture dentaire a été remis spontanément à Mme A par l'interne en anesthésie l'ayant intubé, reconnaissant avoir causé ladite fracture (...)" révèle "l'existence d'une faute de nature à engager la responsabilité" de l'établissement de santé.

Tribunal administratif de Paris, 10 mars 2011, n°0901448/6-3 (mesures d'hygiène - défaut de surveillance - responsabilité de l'établissement de santé) - En l'espèce, un enfant est admis en urgence le 20 février 2007 au sein du service de réanimation pédiatrique après qu'on lui a fait ingérer de l'acide chlorhydrique. Son état de santé s'améliorant malgré d'importantes lésions digestives et trachéo-bronchiques, il est transféré le 26 mars dans le service de chirurgie viscéral où une trachéotomie est réalisée le 3 avril 2007. Le jeune patient est, dès le lendemain, admis dans le service d'oto-rhino-laryngologie du même établissement en chambre individuelle. Il est retrouvé ce même jour gisant sur le sol de sa chambre en arrêt cardio-respiratoire. L'enfant est réanimé grâce au remplacement de la canule de trachéotomie obstruée mais décède malheureusement quelques jours plus tard. Sa mère ainsi que ses grands parents et son oncle demandent la condamnation pour faute de l'établissement de santé au versement d'une indemnité au titre de leur préjudice moral résultant de la mort du jeune H. Le tribunal administratif de Paris retient la faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service public hospitalier en considérant que "*il résulte de l'instruction, et notamment des conclusions du rapport d'expertise, que l'enfant a été découvert inanimé, le prolongateur reliant le cathéter central au pousse-seringue était arraché, le capteur de saturation et les électrodes déconnectés du scope alors que cet appareil était silencieux et que l'électrocardiogramme était déprogrammé ; que l'expert a indiqué que l'enfant, qui avait déjà au cours de son hospitalisation quitté ou tenté de quitter son lit, notamment la nuit précédente, qui avait déjà manipulé les boutons de l'appareil et qui avait été identifié par les personnels soignants comme agité, avait sans doute désactivé les alarmes du scope soit avant de descendre du lit, soit immédiatement après, de sorte qu'une brève alarme n'aurait pas été entendue ; que la circonstance qu'un enfant de trois ans ait pu ainsi désactiver l'ensemble des alarmes qui se trouvaient à sa portée et quitter son lit sans appeler l'attention du personnel infirmier présent, alors que la porte de sa chambre était par ailleurs fermée, révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service public hospitalier*".

Cour de cassation, 10 février 2011, n°10-10089 (FIVA - préjudice économique futur - indemnisation) - Mme X, veuve d'un travailleur atteint d'une maladie occasionnée par l'amiante dont l'organisme de sécurité sociale a reconnu le caractère professionnel, a présenté un demande d'indemnisation au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) qui lui a notifié une offre d'indemnisation. Mme X a refusé cette offre et engagé une action en contestation de cette décision devant la Cour d'appel de Douai. Cette dernière, par un arrêt en date du 19 novembre 2009, a condamné le FIVA à payer à Mme X une certaine somme au titre notamment de son préjudice économique futur, ce que conteste le fonds près la Cour de cassation. Celle-ci rejette le pourvoi du FIVA en estimant que "*l'arrêt retient exactement que Mme X est en droit d'obtenir l'indemnisation de son préjudice économique futur sous la forme d'un capital*", ce préjudice n'étant "*ni hypothétique, ni éventuel*".



Conseil d'Etat, 4 mars 2011, n° 315902 (infection nosocomiale - responsabilité) - Mme Danièle A. a été admise en urgence le 29 septembre 1999 au centre hospitalier de Morlaix en présentant une méningite purulente, qui s'est compliquée au cours de son séjour dans l'établissement d'une surinfection par un nouveau germe microbien. Elle reste depuis lors atteinte des séquelles d'une hémiparésie dont elle a demandé la réparation au centre hospitalier, son époux et ses trois filles intervenant en cours d'instance pour demander la réparation de leurs préjudices propres. Par un arrêt du 6 décembre 2007, la cour administrative d'appel (CAA) de Nantes condamne le centre hospitalier de Morlaix à lui verser la somme de 19 500 euros. Les consorts A se pourvoient en cassation contre cet arrêt en tant qu'il n'a que partiellement fait droit aux conclusions indemnitaires de Mme Danièle A et qu'il n'a pas annulé le rejet des conclusions de son époux et de ses filles.

La première question qui se posait au Conseil d'Etat était de savoir si la cour administrative d'appel avait correctement évalué le préjudice subi par la demanderesse.

La cour administrative d'appel avait refusé l'indemnisation des dépenses exposées par Mme A pour l'aménagement de son véhicule, en se fondant sur la circonstance que l'incapacité permanente partielle résultant de la seule surinfection nosocomiale n'était pas suffisamment importante pour justifier un tel aménagement. Le Conseil d'Etat estime alors que la cour administrative d'appel a fait une erreur de droit, car au lieu de procéder ainsi elle devait rechercher si les séquelles de l'hémiparésie rendaient dans leur ensemble cet aménagement nécessaire. Et dans le cas échéant, ne mettre les dépenses correspondantes à la charge du centre hospitalier qu'à hauteur de la fraction de ces séquelles imputables à sa faute, elle a commis une erreur de droit.

La cour administrative d'appel avait également refusé l'indemnisation des besoins de Mme A en assistance d'une tierce personne. Pour en décider ainsi, la cour s'est bornée à relever que cette dernière ne saurait solliciter une telle assistance dès lors que l'expert n'a pas prévu cette aide. Le conseil d'Etat a lui considéré qu'il appartient au juge à qui une indemnisation est demandée d'apprécier la réalité du préjudice et son lien avec la faute commise à partir de l'ensemble des éléments résultant de l'instruction. La cour administrative d'appel a donc commis une erreur de droit en se fondant exclusivement sur les conclusions de l'expert.

La deuxième question qui se posait au Conseil d'Etat portait sur l'indemnisation de l'époux et des filles de Mme A. Le Conseil d'Etat estime qu'en refusant la réparation de leur préjudice les juges du fond ont commis une erreur de droit, et précise qu'il sera fait une juste appréciation du préjudice moral et des troubles dans les conditions d'existence subis par les proches de Mme A à raison des séquelles dont cette dernière reste atteinte.

Cour administrative d'appel de Paris, 7 février 2011, n°10PA02035 (perte du dossier médical - absence de communication des documents - perte de chance) - En l'espèce, à la suite du décès de son époux, Mme X demande à plusieurs reprises la communication de l'intégralité du dossier médical de son époux pour connaître les causes de son décès. L'établissement de santé reconnaît qu'il ne peut donner suite à cette demande, des parties de ce dossier médical ayant été égarées. Mme X présente donc devant le Tribunal administratif de Paris une demande d'indemnisation de son préjudice moral résultant de la perte d'une partie du dossier médical de son défunt époux, demande qui est rejetée par le Tribunal le 12 mars 2010. Mme X fait appel de ce jugement. La Cour administrative d'appel de Paris retient une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé en estimant que "*la requérante a subi un préjudice moral certain du fait de la non-communication, à laquelle elle avait droit, du dossier médical de (son époux), contenant notamment des informations sur les conditions de son décès, sur les traitements et les soins qui lui ont été administrés à l'occasion de son hospitalisation*".



Sécurité sociale

Instruction DSS/DGOS n° 2011-54 du 10 février 2011 relative à la déclaration par les établissements de santé des dommages corporels dus à un tiers responsable – Le code de la sécurité sociale prévoit notamment que l'établissement de santé dispensant des soins à une personne dont les lésions sont, selon ses déclarations, imputables à un tiers, doit en informer la caisse d'assurance maladie dont elle relève dans les trois mois suivant la fin des soins. Cette instruction rappelle certaines modalités de l'information de la caisse d'assurance maladie.

Informatique et libertés

Loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques – Cette loi comporte, en matière de santé, des dispositions notamment relatives à l'ouverture d'un débit de boisson, la préparation, la conservation, la distribution et la cession des médicaments de thérapie innovante. En matière de communications électroniques, la loi contient des dispositions relatives à l'attribution des noms de domaine et prévoit en particulier que « *l'enregistrement ou le renouvellement des noms de domaine peut être refusé ou le nom de domaine supprimé lorsque le nom de domaine est :*

1° Susceptible de porter atteinte à l'ordre public ou aux bonnes mœurs ou à des droits garantis par la Constitution ou par la loi ; 2° Susceptible de porter atteinte à des droits de propriété intellectuelle ou de la personnalité, sauf si le demandeur justifie d'un intérêt légitime et agit de bonne foi ; 3° Identique ou apparenté à celui de la République française, d'une collectivité territoriale ou d'un groupement de collectivités territoriales ou d'une institution ou service public national ou local, sauf si le demandeur justifie d'un intérêt légitime et agit de bonne foi. »



Publications AP-HP

