

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 01 au 22 mai 2015

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://www.aphp.fr/affairesjuridiques>

[Pôle de la Réglementation Hospitalière
et de la Veille Juridique](#)

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina GARCIA

Gaëlle HOMBERG

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN - MARIS

Audrey VOLPE

Coopération à l'hôpital et associations	page 2
Patient hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 4
Personnel	page 7
Organisation des soins	page 7
Responsabilité médicale	page 11
Propriété intellectuelle - Informatique	page 12
Commande publique	page 12
Pénal	page 13
Réglementation sanitaire	page 13
Domaine public et privé	page 14
Frais de séjour	page 15
Publications	page 16

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Assistance publique-Hôpitaux de Paris - Fondation hospitalière - Recherche - Statuts – Approbation

[Décret n° 2015-532 du 13 mai 2015](#) portant approbation des statuts de la fondation hospitalière « Fondation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pour la recherche » - Ce décret porte approbation des statuts de la fondation hospitalière « Fondation de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris pour la recherche », qui « *concourt au développement de la recherche biomédicale et en santé, notamment la recherche clinique et la recherche translationnelle au sein de l'AP-HP par : - le financement de programmes de recherche, notamment dans les domaines de la recherche biomédicale, clinique, thérapeutique, translationnelle, épidémiologique, médico-économique, sociales ou tout autre domaine sélectionnés par la fondation pour leur pertinence sur les questions de santé, seule ou en partenariat avec d'autres organismes ; - le renforcement des synergies entre la recherche publique et la recherche privée ; - la contribution à l'émergence et au développement de pôles d'excellence scientifique ; - la contribution au transfert vers les patients des innovations diagnostiques et thérapeutiques ; - la contribution à la formation des personnels, tant médicaux que non-médicaux à la recherche* ».

PATIENT HOSPITALISÉ

Dossier médical - Notes personnelles - Communication

[Commission d'accès aux documents administratifs, 19 mars 2015, avis 20150229](#) - La CADA a été saisie à la suite du refus opposé par le directeur général d'un centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) à une demande de communication, sans occultation, de l'intégralité du dossier médical d'une mineure, formulée par ses parents. Le directeur général du centre hospitalier a informé la commission qu'il avait occulté, sur le dossier communiqué à Monsieur et Madame X, les informations recueillies auprès de tiers, ainsi que les notes personnelles des médecins intervenant dans la prise en charge de leur enfant.

La CADA estime que "l'article R4127-45 du code de la santé publique dans sa version en vigueur à compter du 9 mai 2012, a pour objet de définir les devoirs du médecin, en matière de conservation des informations médicales, dans les cas où le dossier médical n'est pas régi par des textes particuliers. Si le deuxième alinéa de cet article dispose que « Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers », de telles dispositions, qui permettent au médecin, hors la tenue du dossier médical prévu par la loi, de conserver par devers lui et sous son unique responsabilité, les notes confidentielles prises lors de consultations, ne sauraient conduire à qualifier de notes personnelles des notes du médecin qui, détenues et conservées par un établissement de santé, ont nécessairement perdu leur caractère personnel et sont par suite soumises au droit d'accès en vertu des dispositions combinées de l'article L1111-7 du code de la santé publique et du II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978".

CADA – Dossier médical – Communication – Moulage dentaire

[Commission d'accès aux documents administratifs, 5 mars 2015, n° 20150002](#) – Une patiente saisit la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) à la suite du refus opposé par le directeur général d'un centre hospitalier régional universitaire (CHRU) à sa demande de communication de l'intégralité de son dossier médical notamment les moulages odontologiques effectués pendant sa prise en charge.

La CADA rappelle que le droit du patient à l'information concernant sa santé, en application de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, « *lui donne en principe accès à tout support matériel destiné à l'enregistrement de son état clinique, réalisé en vue, notamment, d'actes de diagnostic ou de soins, par exemple pour la confection ou l'adaptation de dispositifs médicaux tels que des prothèses dentaires* ». La commission relève que figurent au nombre des informations constituant le dossier médical du patient hospitalisé et qui lui sont communicables « *les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment imagerie* » (article R. 1112-2 1° du Code de la santé publique).

La CADA considère ainsi que « *les moulages (...) sont communicables à l'intéressée, dès lors qu'ils rendent compte de son état clinique à plusieurs stades de sa prise en charge et concernent, à ce titre, sa santé* ». Elle émet par conséquent un avis favorable à la communication du dossier médical à la patiente, y compris en ce qui concerne les moulages odontologiques.

Toutefois, elle précise qu'« *elle n'est pas compétente pour se prononcer sur la remise à l'intéressée de l'original des documents, notamment des moulages* » et rappelle que le droit d'accès au dossier médical s'exerce soit « *par consultation, avec le cas échéant remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies de documents* ». La CADA relève que « *lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, des frais peuvent être laissés à sa charge, sans pouvoir excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi de ces copies. Ces principes sont applicables à la réalisation éventuelle de copies des moulages* ».

Le Contrôleur général
des lieux de privation de liberté
Rapport d'activité 2014

Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité - Année 2014

[Rapport d'activité 2014](#) du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Ce rapport annuel se compose de six chapitres : le premier est consacré aux suites données en 2014 aux avis, recommandations et saisines du Contrôleur général, le deuxième au bilan de son activité en 2014, le troisième à l'autonomie et aux lieux de privation de liberté, le quatrième au traitement des requêtes des personnes privées de liberté, le cinquième à des lettres reçues qui apportent des témoignages, et le dernier à des éléments de chiffrage des lieux de privation de liberté en France. Plus particulièrement au sujet des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, il est rappelé que "le législateur, en 2011 et 2013, avait réalisé une avancée en introduisant dans la procédure un contrôle par le juge judiciaire, garant de ce respect". Ce champ est un "axe prioritaire" : il appartiendra aux équipes du Contrôleur général d'avoir, d'ici 2020, visité l'ensemble des 360 établissements qui reçoivent des personnes hospitalisées sans leur consentement. La situation des mineurs en établissements de santé est également posée.

Association - Représentant des usagers – Agrément

[Arrêté du 5 mai 2015](#) portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique - Est délivré pour cinq ans un agrément au niveau national à la Fédération française Sésame Autisme. Par ailleurs, est renouvelé pour cinq ans à compter du 21 juin 2015 un agrément au niveau national de l'Association française « Rétinitis Pigmentosa », dite Rétina France, et pour cinq ans à compter du 27 octobre 2015 un agrément au niveau national de l'association Prader Willi France.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Démarches administratives - Transparence - Accès au droit - Décisions administratives - Service public – Secret professionnel – Pièces justificatives

[Ordonnance n° 2015-507 du 7 mai 2015](#) relative à l'adaptation du secret professionnel dans les échanges d'informations entre autorités administratives et à la suppression de la production de pièces justificatives - Cette ordonnance modifie l'article 16 A de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Les autorités administratives échangent entre elles toutes informations ou données strictement nécessaires pour traiter les demandes présentées par un usager ou les déclarations transmises par celui-ci en application d'un texte législatif ou réglementaire. Désormais, "*les autorités administratives destinataires de ces informations ou données ne peuvent, pour ce qui concerne les entreprises, se voir opposer le secret professionnel dès lors qu'elles sont, dans le cadre de leurs missions légales, habilitées à connaître des informations ou des données ainsi échangées*". En outre, "*lorsque les informations ou données nécessaires pour traiter la demande présentée par une entreprise ou la déclaration transmise par celle-ci peuvent être obtenues directement auprès d'une autre autorité administrative [...], une attestation sur l'honneur du représentant de l'entreprise de l'exactitude des informations déclarées se substitue à la production de pièces justificatives. Un décret fixe la liste des pièces que les entreprises n'ont plus à produire*".

Budget – Comptabilité publique - Gestion

[Arrêté du 25 mars 2015](#) portant application du dernier alinéa de l'article 42 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique des organismes publics, relatif au contrôle allégé en partenariat.

Expérimentation - Etablissement de santé - Facturation individuelle - Prestations de soins hospitaliers

[Arrêté du 7 mai 2015](#) fixant la liste des établissements de santé qui démarrent en facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie obligatoire ainsi que le périmètre de facturation concerné par la facturation individuelle pour chacun de ces établissements de santé.

Etablissements de santé – Budget – Campagne tarifaire

[Circulaire n° DGOS/R1/2015/140 du 22 avril 2015](#) relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2015 des établissements de santé - Cette circulaire débute en rappelant que « l'ONDAM des établissements de santé pour 2015 est porté à 76,5 Md€, en progression de 2% par rapport à 2014, représentant une évolution de 1,5 milliards d'euros ». Cette campagne tarifaire « constitue la première tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations ». Sont particulièrement concernées les actions de « renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE) », de « virage ambulatoire » avec à la fois l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire et le développement de l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour et la prévention des ré-hospitalisations mais aussi le développement des prises en charge ambulatoire par substitution intra et extra muros sur le champ de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie », de « l'amélioration de la pertinence du recours aux soins permettant de réduire les actes jugés inutiles ou redondants » et la « recherche de l'efficacité de la prescription hospitalière pour les produits de santé et les transports de patients ».

Fonds de modernisation des établissements de santé - Année 2015 - Délégation de crédits

[Circulaire n° DGOS/R1/2015/149 du 27 avril 2015](#) relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2015 - Cette circulaire délègue et répartit « pour chaque région, au titre de l'année 2015, un montant de 91,7 M€ de crédits FMESPP ». Font l'objet d'un financement : de nouveaux projets d'investissement validés dans le cadre du COPERMO, des projets liés au programme Hôpital numérique, l'installation d'équipements IRM supplémentaires pour réduire les délais de prise en charge, dans le cadre du plan Cancer 2014-2019, et la participation des établissements de santé sous OQN à l'étude nationale de coûts à méthodologie commune du champ SSR. Le texte évoque par la suite les modalités de gestion des subventions, en termes d'attribution, de versement, et de déchéance des crédits délégués.

Fonds d'intervention régional (FIR) – Agence régionale de santé (ARS) – Mise en œuvre – Année 2015

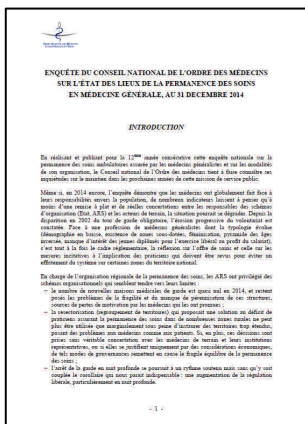
[Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015](#) relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015 - " La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits au service d'une stratégie régionale de santé transversale. Afin de donner toute la visibilité nécessaire au pilotage du FIR, un 7ème sous-objectif ONDAM relatif aux dépenses d'assurance maladie allouées au fonds avait pour la première fois été identifié dans le cadre de la LFSS 2014. Le Parlement avait ainsi voté ce nouveau sous-objectif en augmentation de 2,4% par rapport à 2013. Pour la deuxième année consécutive, le Parlement a voté ce sous-objectif en augmentation de 2,1% au regard des crédits effectivement délégués en 2014, après mesures de périmètre. En outre, dans un objectif de simplification, je vous informe que la réforme du FIR portant création d'un budget annexe au sein des agences au 1er janvier 2016 est actuellement en cours de préparation, consécutivement à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette réforme vise à confier aux ARS la gestion budgétaire et comptable du fonds, à l'exclusion des paiements directement versés aux professionnels de santé, et permettre une gestion pluriannuelle des crédits conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé".

Plan National Canicule - Année 2015 - Vigilance - Plan de communication - Agence régionale de santé (ARS)

[Instruction interministérielle n° DGS/DUS/DGOS/DGCS/ DGT/DGSCGC/2015/166 du 12 mai 2015](#) relative au Plan National Canicule 2015 - Cette instruction a pour objet de présenter le Plan National Canicule 2015 (PNC 2015). Elle précise les objectifs, les différents niveaux du PNC 2015 et "*les mesures de gestion qui s'y rapportent ainsi que le rôle des différents partenaires*". Elle abroge l'instruction interministérielle n° DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGSCGC/DGT/2014/145 du 06/05/2014 relative au Plan National Canicule 2014.

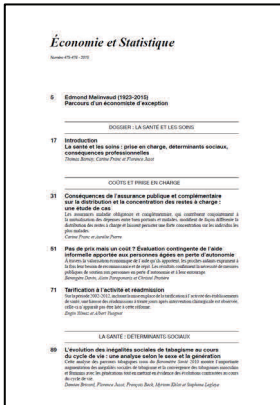
Etablissement de santé - Qualité et de sécurité des soins – Indicateurs – Résultats – Publication

[Instruction n° DGOS/PF2/2015/139 du 27 avril 2015](#) relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins – « *Sur la base des articles L. 6144-1 et L. 6161-2 du code de la santé publique, l'arrêté du 20 février 2015 fixe les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Le décret n°2009-1763 du 30 décembre 2009 est relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à la disposition du public par l'établissement de santé des résultats de ces indicateurs. Cette instruction précise les modalités pratiques de la mise en application de l'arrêté du 20 février 2015 ainsi que les objectifs nationaux à atteindre* ».



Permanence des soins - Médecine générale - Année 2014 – Enquête

[Enquête](#) du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2014 – Si les médecins ont rempli leurs obligations en 2014, « *l'Ordre des médecins manifeste [...] son inquiétude sur le manque de mesures d'adaptation qui menace l'avenir de cette mission de service public* ». « *Depuis la disparition en 2002 du tour de garde obligatoire, on constate une progressive érosion du volontariat. En 2014, seuls 60% des départements rapportent un taux de médecins généralistes volontaires supérieur à 60% (contre 73% des départements en 2012). La démographie en baisse, la surcharge de travail, la recherche d'une meilleure qualité de vie et la baisse de l'intérêt pour l'exercice libéral sont autant de facteurs qui engendrent des tensions sur la continuité de la PDS* ». Cette enquête révèle la volonté de l'Ordre des médecins de voir exister « *davantage de concertation entre les ARS et les représentants de la profession afin que la poursuite de la PDS, mission essentielle de service public, puisse être assurée de manière pérenne* ».



Economie de la santé – Assurance maladie – Tarification à l’activité - Personnes âgées en perte d’autonomie - Arrêts maladie

Revue Economie et statistique n°475-476 – « Dossier - La santé et les soins » - Avril 2015 - En huit numéros par an cette revue apporte des « éclairages approfondis sur l'ensemble des thèmes économiques et sociaux et sur les outils statistiques qui permettent leur étude quantitative. *Economie et Statistique est une revue ouverte aux statisticiens et chercheurs de tous horizons.* »

PERSONNEL

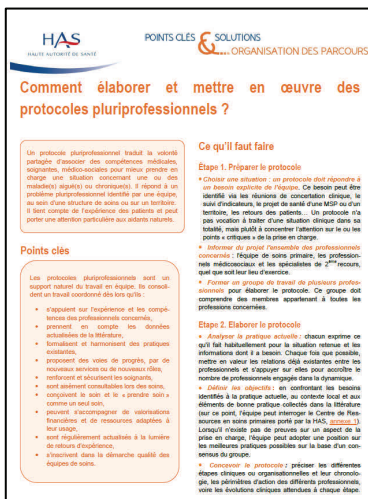
Médecine du travail – Etudes médicales – Troisième cycle – Maquette de formation - Stages

[Instruction interministérielle n° DGOS/DGESIP/2015/153 du 27 avril 2015](#) relative à la formation pratique du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail – Cette instruction rappelle quatre règles et recommandations destinées à garantir aux internes de médecine du travail une formation de qualité réalisée dans les meilleures conditions et comporte en annexe la maquette du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail.

ORGANISATION DES SOINS

Protocoles pluriprofessionnels - Haute Autorité de santé (HAS)

[Fiche HAS « Conseils pratique pour l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels »](#) - Mai 2015 - La Haute Autorité de santé (HAS) publie une fiche de conseils pratiques pour l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels. « *Un protocole pluriprofessionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire. Il tient compte de l'expérience des patients et peut porter une attention particulière aux aidants naturels.* »



Plan autisme – Déploiement – Instruction – Recours – Association Vaincre l'autisme

[Conseil d'Etat, 4 mai 2015, n°378198](#) - L'association Vaincre l'autisme demandait au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir l'instruction interministérielle n°DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignement prévus par le 3ème plan autisme (2013-2017). Elle établit le contenu minimal des plans d'actions régionaux relatifs à l'autisme et aux autres troubles envahissants du développement. Elle encadre la procédure d'appel à projets spécifique en vue de la création de places nouvelles en établissements ou services médico-sociaux en fixant notamment les éléments constitutifs du cahier des charges de ces appels à projets et les critères de sélection et de notation des candidatures. Enfin, elle précise la procédure de création et les modalités de fonctionnement des unités d'enseignement en école maternelle. L'association soutenait que les médecins auraient méconnu le principe d'une prise en charge pluridisciplinaire des enfants atteints d'autisme et d'autres troubles envahissants du développement (TED) en reconnaissant une place prépondérante aux structures psychiatriques dans le suivi de ces enfants. La requête est rejetée, le Conseil d'Etat considérant notamment que « *l'instruction attaquée, qui se borne à souligner la nécessité d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs responsables de la prise en charge de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement, aussi bien les structures de psychiatrie que tous les autres intervenants, n'a ni pour objet, ni pour effet de méconnaître le principe d'une prise en charge pluridisciplinaire résultant des articles L. 112-1 du code de l'éducation nationale et L. 246-1 du code de l'action sociale et des familles* ».

Aide à domicile - Aspirations endo-trachéales – Habilitation

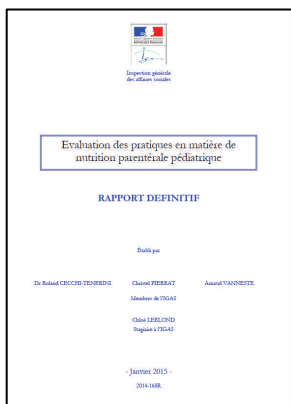
[Décret n° 2015-495 du 29 avril 2015](#) relatif à l'habilitation des aides à domicile à pratiquer les aspirations endo-trachéales et modifiant le code de l'action sociale et des familles et le code du travail - Ce texte "*précise les dispositions réglementaires relatives aux missions des services d'aide et d'accompagnement à domicile et de garde-malade, en indiquant que leurs intervenants peuvent réaliser des aspirations trachéales sous certaines conditions de formation prévues par le code de la santé publique et le décret du 27 mai 1999 habilitant certaines catégories de personnes à effectuer des aspirations endo-trachéales*".

Personne handicapée – Egalité des droits – Accessibilité – Référentiel général – Version 3.0

[Arrêté du 29 avril 2015](#) relatif au référentiel général d'accessibilité pour les administrations - Ce texte approuve la version 3.0 du référentiel général d'accessibilité pour les administrations, prévu à l'article 1er du décret du 14 mai 2009. Il est consultable sur le site internet : www.references.modernisation.gouv.fr. Dès lors, l'arrêté du 21 octobre 2009 relatif au référentiel général d'accessibilité pour les administrations est abrogé.

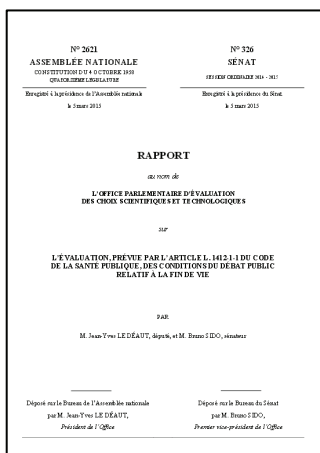
Patient détenu - Antiviraux d'action directe - Rétrocession – Facturation

[Circulaire n° DGOS/R1/R4/DSS/1A/1C/2A/2015/148 du 29 avril 2015](#) relative à la facturation des antiviraux d'action directe (AAD) pour les patients pris en charge en ambulatoire dans des unités sanitaires en milieu pénitentiaire - L'objet de cette circulaire est de préciser les modalités de facturation des nouveaux traitements contre l'hépatite C (dits antiviraux d'action directe - AAD) pour les patients non hospitalisés, en situation de détention et pris en charge en ambulatoire dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (anciennement UCSA).



Nutrition parentérale - Sécurité des soins - Circuit de gestion des poches - Evènement indésirable grave - Prescription - Fabrication - Pharmacie à usage intérieur

Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales : "Évaluation des pratiques en matière de nutrition parentérale" – Ce rapport fait suite à la « *survenue en décembre 2013 de plusieurs cas de chocs septiques chez des nourrissons ayant entraîné leur décès au CH de Chambéry* » qui « *a mis en lumière des risques liés à la nutrition parentérale pour les enfants hospitalisés ou à domicile* ». Le rapport « *constitue une évaluation des pratiques de nutrition parentérale pédiatrique dans les établissements de santé en France* ». Le taux de réponse des établissements de santé concernés a été de 76% pour 188 établissements interrogés. Ce rapport présente les pratiques cliniques en termes de prescription de nutrition parentérale en néonatalogie et en pédiatrie, et d'administration de poches. Il évoque ensuite la préparation, le stockage et le transport de ces poches. Quarante et une recommandations sont formulées, afin d'harmoniser et hiérarchiser les prescriptions, améliorer la qualité des processus de prescription et d'administration, améliorer la maîtrise des risques au cours de la préparation des poches et de réorganiser l'offre territoriale de préparation des poches.



Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques - Fin de vie - Débat public - Politique publique

Rapport sur l'évaluation, prévue par l'article L. 1412-1-1 du Code de la santé publique, des conditions du débat public relatif à la fin de vie fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques - Aux termes du Code de la santé publique, " *tout projet de réforme sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé doit être précédé d'un débat public sous forme d'états généraux. Ceux-ci sont organisés à l'initiative du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, après consultation des commissions parlementaires permanentes compétentes et de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. A la suite du débat public, le comité établit un rapport qu'il présente devant l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, qui procède à son évaluation*". Ce rapport tend à " *évaluer les conditions de l'organisation du débat public national ayant préparé une réforme*" dans le domaine de l'accompagnement de la fin de vie. Il est proposé d'y modifier l'article L. 1412-1-1 du code de la santé publique pour améliorer qualitativement la contribution de l'OPECST.



Soins en psychiatrie - Schizophrénie - Prise en charge - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

Étude n°206 de l'IRDES relative à la variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 – La schizophrénie est une pathologie mentale sévère, ayant « *une prévalence vie entière moyenne de 1% de la population* », et « *toucherait en France de 1 à 2% de la population adulte, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007)* ». « *Du fait de ses caractéristiques spécifiques (apparition précoce, évolution souvent chronique, taux élevés d'hospitalisation et des soins visant la réhabilitation, taux élevé d'incapacité, maintien dans l'emploi difficile), la schizophrénie est la plus coûteuse des pathologies mentales* ». L'objet de l'étude est de « *mieux connaître cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. La première partie propose une description de la patientèle suivie en établissement de santé pour des troubles schizophréniques, et de sa prise en charge. La deuxième partie de l'étude s'intéresse plus spécifiquement aux différences de prises en charge observées entre établissements. La schizophrénie est une pathologie complexe, les différentes phases de la maladie et ses diverses formes symptomatiques nécessitent de faire appel à une large gamme de modalités de prises en charge, depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et au suivi ambulatoire. L'exploitation des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), mis en place en 2007, permet d'apporter un éclairage national sur cette population et sa prise en charge sanitaire en établissement .* »

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité médicale sans faute – Condition d’anormalité – Solidarité nationale – ONIAM - Réparation

Conseil d’Etat, 15 avril 2015, n° 370309 - La requérante a subi une opération chirurgicale consistant en la pose d’un anneau gastrique. Suite à l’apparition d’une péritonite, une nouvelle intervention est nécessaire, entraînant des séquelles importantes pour la patiente.

S’agissant de la condition d’anormalité du dommage prévue à l’article L. 1142-1 du Code de la santé publique, le Conseil d’Etat indique qu’elle « *doit toujours être regardée comme remplie lorsque l’acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l’absence de traitement* ». De plus, « *lorsque les conséquences de l’acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l’absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l’acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible* ». Cette précision concernant l’existence d’une probabilité faible doit nécessairement être prise en compte, ce qu’a omis de faire la Cour d’appel qui a commis une erreur de droit.

Naissance – Réanimation – Préjudice - Obstination déraisonnable

Cour administrative de Marseille, 12 mars 2015, n°10MA03054 - Les juges de la Cour administrative d’appel de Marseille reviennent sur un jugement du 2 juin 2009 du Tribunal administratif de Nîmes qui avait conclu à une obstination déraisonnable des médecins qui avaient pratiqué une réanimation sur un nouveau-né pendant 25 minutes. La Cour administrative d’appel de Marseille considère que « *les médecins ne pouvaient pas, à la naissance, évaluer la prévisibilité des séquelles de l’enfant et adapter en conséquence la durée de sa réanimation ; que, par suite et dans un contexte d’extrême urgence, les médecins n’ont pas fait preuve d’obstination déraisonnable au sens de l’article 37(...) du code de déontologie médicale en poursuivant durant moins de vingt minutes et alors que l’ampleur des séquelles associées aux troubles du rythme cardiaque fœtal ne pouvait être évaluée dans les minutes qui ont suivi la naissance, la réanimation de l’enfant ; qu’ils n’ont pas commis, pour ce motif, une faute médicale de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ». En revanche, les juges estiment que le retard de l’ordre de dix minutes de l’intervention de l’obstétricien dans le cas de bradycardie fœtale constitue une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier. Ne pouvant se prononcer sur les conséquences de ce retard fautif au regard des documents en leur possession, ils ordonnent une expertise.

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE



Systèmes informatiques- interopérabilité sémantique

Rapport de l'ASIP Santé « Etude sur la mise en œuvre de terminologies de référence pour le secteur santé-social en France » – Mai 2015 - La Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS), Ministère des Affaires Sociales, de la Santé, et du Droit des Femmes, réunit depuis fin 2013 les acteurs du secteur santé-social en France pour préparer la relance des contributions françaises aux normes et standards internationaux en informatique pour ce secteur, après en avoir dégagé les sujets prioritaires sur lesquels concentrer ces contributions.

Les terminologies de référence ont été identifiées comme un sujet prioritaire dans un objectif d'interopérabilité sémantique. La DSSIS a confié en mars 2014 à l'ASIP Santé la réalisation de cette étude afin d'instruire le sujet de l'interopérabilité sémantique et des terminologies de référence dans ses dimensions de gouvernance, d'implémentation et d'usage, mais aussi sur le plan de l'organisation des contributions françaises à la normalisation.

COMMANDE PUBLIQUE



Développement durable – Gaspillage alimentaire – Commande publique – Politique publique

Lutte contre le gaspillage alimentaire : propositions pour une politique publique – La lutte contre le gaspillage alimentaire étant « l'une des quatre priorités de la nouvelle politique de l'alimentation par le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt », ce rapport dont la rédaction a été confiée par le Premier ministre à M. Garot, ancien ministre délégué à l'agroalimentaire, vise à « lever les blocages qui persistent tout au long de la chaîne alimentaire ; proposer des recommandations qui déboucheront sur des mesures législatives et réglementaires, notamment de simplification des normes ; inscrire ces recommandations dans les cadres européen et mondial ; valoriser les bonnes pratiques existantes ». Le rapport présente une première partie portant sur la responsabilisation des acteurs, une deuxième partie relative aux outils d'une politique publique contre le gaspillage alimentaire (création d'une agence de lutte contre le gaspillage alimentaire, simplification et clarification de l'état du droit notamment en favorisant une commande publique anti gaspillage), et une dernière partie proposant un nouveau modèle de développement d'une stratégie locale, européenne et mondiale de la France dans ce domaine.

PÉNAL

Modernisation et simplification du droit - Procédure pénale – Scellés

[Circulaire du 31 mars 2015](#) de présentation des dispositions de procédure pénale de la loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures en matière de scellés - Cette circulaire s'inscrit dans le cadre de loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures, qui " a modifié les articles 41-4 et 41-5 du code de procédure pénale relatifs aux scellés". Cette réforme porte sur la simplification du "régime de restitutions de scellés en cours de procédure", le transfert au procureur de la République des attributions du juge des libertés et de la détention, l'extension des possibilités de destruction avant jugement notamment, la destruction des scellés dangereux, nuisibles ou illicites, sur la forme des décisions du procureur de la République, et sur les recours contre les décisions du procureur de la République. A souligner que la loi du 16 février 2015 faisait suite à une décision du Conseil constitutionnel du 11 avril 2014 (sur QPC) qui avait censuré les anciennes dispositions du code de procédure pénale en ce qui concerne la destruction des objets qualifiés par la loi de dangereux, nuisibles ou dont la détention est illicite, au motif que la décision du procureur de la République n'était pas susceptible de recours. La loi de février 2015 vient rétablir au nouvel article 41-5 du CPP la possibilité par le procureur d'ordonner cette destruction d'objets dont la détention est illicite, en particulier les stupéfiants, mais avec une obligation de motivation et de notification aux personnes « mises en cause » de la décision du parquet et une possibilité de recours de celles-ci dans les 24 heures. Concrètement , en ce qui concerne les stupéfiants qui pourraient être découverts à l'hôpital (dont ceux dans la chambre ou sur un patient) , il faut en déduire que n'est pas, a priori, remise en cause la pratique recommandée de remise immédiate par le représentant de l'hôpital des stupéfiants découverts sur un patient, auprès du commissariat de police, sans que l'identité du patient ne soit automatiquement révélée (cf instruction DGOS/DSR/Mission des usagers du 13 avril 2011 et fiche DAJ sur les stupéfiants à l'hôpital dans le cadre du protocole « hôpital/police/justice » signé en 2014 avec le parquet de Paris et la préfecture de police de Paris). La circulaire du ministère de la justice ne détaille pas le cas où la personne « mise en cause » n'est pas connue ni identifiée mais elle précise que les parquets peuvent autoriser oralement auprès des OPJ cette destruction des stupéfiants, au besoin par une autorisation générale et pérenne en ce domaine, sous réserve des échantillonnages opportuns à faire effectuer, au cas par cas, par les OPJ.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Epidémies – Maladies transmissibles - Procédure de signalement – Autorités sanitaires – Liste de départements

[Arrêté du 4 mai 2015](#) modifiant l'arrêté du 24 avril 2006 fixant la liste des départements mentionnés à l'article D. 3113-6 du code de la santé publique – Ce texte abroge l'arrêté du 12 mai 2014 modifiant l'arrêté du 24 avril 2006 fixant la liste des départements mentionnés à l'article D. 3113-6 du code de la santé publique.

Assistance médicale à la procréation – Diagnostic prénatal – Praticiens – Critères de compétence

[Instruction n° DGOS/PF2/2015/127 du 17 avril 2015](#) relative à la mise en œuvre des textes fixant les critères de compétence des praticiens exerçant au sein de structures autorisées pour pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation et de diagnostic prénatal - La loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a supprimé les agréments individuels des praticiens en assistance médicale à la procréation (AMP) et en diagnostic prénatal (DPN) auparavant réalisés par l'Agence de la Biomédecine (ABM). Dorénavant les structures autorisées en AMP et en DPN doivent faire appel à des praticiens cliniciens ou biologistes en mesure de prouver leur compétence : tous les praticiens réalisant une ou des activités cliniques ou biologiques soumises à autorisation en AMP et en DPN doivent s'y conformer. Les critères de compétence que doivent respecter ces praticiens sont fixés par les décrets en Conseil d'Etat des 10 février et 2 mars 2015, précisés par les arrêtés des 13 février et 3 mars 2015.

Infections ostéo-articulaires complexes – Centre labellisés – Prise en charge – Bilan d'activité

[Instruction n° DGOS/PF2/2015/128 du 17 avril 2015](#) relative au recueil du bilan d'activité annuel 2014 des centres labellisés pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes – Cette instruction a pour objet de présenter l'organisation du rapport sur l'activité 2014 demandé aux centres de référence et correspondants pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes, et d'en organiser le recueil.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Etablissement public de santé – Foncier public – Logement social – Décote de terrain

[Instruction n° DGOS/PF1/2015/104 du 1er avril 2015](#) relative aux modalités du processus de cession avec décote d'un terrain du domaine privé des établissements publics de santé (EPS) en application de la loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 sur la mobilisation du foncier public pour la réalisation de logement social - Cette instruction évoque en premier lieu les objectifs de la loi du 18 janvier 2013 : soutenir la construction de nouveaux logements sociaux dans les "*zones géographiques de tension du marché immobilier*", tout en préservant les intérêts des établissements publics de santé. Elle évoque ensuite les règles générales applicables : aliénation des biens des EPS, instances compétentes pour l'aliénation de terrains, conditions générales d'éligibilité à la décote dans le cadre de la loi du 18 janvier 2013, et régime de décote. Enfin, elle présente le processus de mise en œuvre de cette loi, en cinq étapes : identification des terrains éligibles au dispositif de cession avec décote et inscription des terrains cessibles sur la liste régionale par le Préfet de région après avis conforme des Directeurs des EPS concernés et du Directeur Général de l'ARS ; élaboration d'un programme de construction et désignation d'un porteur de projet ; détermination du prix de cession avec ou sans décote en fonction de la zone géographique, de la nature du programme de construction de logements et de la situation d'endettement de l'établissement public de santé ; validation ou refus de la cession aux conditions fixées entre le Préfet de département, le Directeur général de l'ARS et le Directeur général de l'établissement de santé ; signature de la promesse de vente et de l'acte de cession entre l'acquéreur et l'EPS puis signature d'une convention entre l'acquéreur et l'Etat ; suivi de la construction du programme sur le terrain cédé avec décote. Ce texte présente 5 annexes proposant notamment un modèle d'acte de cession et un modèle de convention.

FRAIS DE SÉJOUR

Affection de longue durée - Dépenses de santé - Ticket modérateur - Bouclier sanitaire



Lettre Trésor-Eco de la direction générale du Trésor n° 145 : "Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?" – Cette lettre de la direction générale du trésor rappelle que le dispositif des affections longue durée (ALD) a été mis en place en 1945 afin d'exonérer du ticket modérateur les malades atteints d' "affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse". Elle indique que "si les remboursements des personnes en ALD représentent deux tiers des remboursements totaux de l'assurance maladie et l'essentiel de la croissance des dépenses, le coût associé au dispositif ALD est de 12,5 Md € en 2011" et que "le nombre d'assurés bénéficiant du dispositif ALD a très fortement crû entre 1994 et 2012 passant de 3,3 millions à 9,5 millions". Le DGT relève trois écueils majeurs au dispositif : des restes à charge élevés persistent, les malades sont traités de façon inégale, et son coût augmente sans qu'il ne soit possible de le maîtriser. Si la lettre développe des propositions de réforme, il y est prôné de "réfléchir à une réforme systémique de la prise en charge des soins". Cette réforme "pourrait consister en l'abandon du dispositif ALD et de son approche médicale autour d'une liste de pathologies au profit d'un dispositif qui fixerait la participation de l'assurance maladie en fonction du niveau de dépense du patient. Elle permettrait tout à la fois d'assurer l'équité entre tous les assurés quelles que soient leurs pathologies, de prévenir des restes à charge élevés et de disposer d'un système ajustable (montant du plafond de dépense, niveau d'une éventuelle franchise, taux moyen de remboursement, etc.) pouvant concilier la maîtrise de la dépense de santé et la qualité de la prise en charge médicale".

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :
<http://www.aphp.fr/affairesjuridiques>

