

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1er août au 02 septembre 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

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

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

Coopération à l'hôpital et associations	page 2
Patient hospitalisé	page 3
Organisation hospitalière	page 4
Responsabilité médicale	page 6
Personnel	page 7
Organisation des soins	page 11
Propriété intellectuelle - Informatique	page 12
Commande publique	page 13
Réglementation sanitaire	page 14
Frais de séjour	page 16
Sécurités sanitaires à l'hôpital	page 16
Publications	page 17

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Fondations hospitalières – Statuts – Fonctionnement – Dispositions financières – Contrôle – Personnels – Dissolution

[Décret n° 2014-956 du 21 août 2014](#) relatif aux fondations hospitalières - Ce texte fixe les règles de création et de fonctionnement des fondations hospitalières, à savoir des "*personnes morales de droit privé à but non lucratif [...] constituées entre un ou plusieurs établissements publics de santé et, le cas échéant, une ou plusieurs personnes de droit public ou de droit privé*". Leurs statuts "*définissent l'organisation et les règles de fonctionnement interne de la fondation*". Il est prévu que "*les directeurs des établissements publics de santé concernés présentent devant les conseils de surveillance le projet des statuts de la fondation hospitalière. Ce projet est accompagné de l'avis des commissions médicales d'établissement. Lorsqu'un des établissements publics de santé est un centre hospitalier universitaire, ce projet est accompagné de l'avis du vice-président du directoire chargé de la recherche*". La personnalité juridique est acquise "*à compter de la publication de l'extrait d'approbation de ses statuts au Journal officiel de la République française*". Le décret précise en outre les modalités de fonctionnement de ces fondations, administrées par un conseil d'administration et dirigées par un directeur. Il comporte par ailleurs des dispositions relatives aux finances des fondations hospitalières, et précise les modalités de contrôle des agences régionales de santé. Enfin, le décret évoque la question des personnels des fondations hospitalières.

Coopérations – Professionnels de santé – Collège des financeurs

[Décret n° 2014-919 du 18 août 2014](#) relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé - Ce décret définit la composition du collège des financeurs chargé d'émettre un avis sur le modèle économique des protocoles de coopération entre professionnels de santé et sur leur prise en charge financière. Il précise la fréquence minimale de ses réunions et les modalités d'adoption de ses avis.

PATIENT HOSPITALISÉ

Soins sous contrainte - Procédure de mainlevée – Juge des libertés et de la détention – Visioconférence – Délais de saisine – Recours de plein droit – Recours facultatif

[Décret n° 2014-897 du 15 août 2014](#) modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement - Ce texte qui entre en vigueur le 1er septembre 2014 « précise les dispositions nécessaires à l'application de la réforme des soins sans consentement introduite par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 en ce qui concerne les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention. Il modifie donc la procédure pour tenir compte des nouvelles modalités de tenue de l'audience, de la suppression de la possibilité de recourir à la visioconférence et de l'assistance ou de la représentation rendue obligatoire par un avocat de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques. En outre, il tire les conséquences du passage dans la loi de certaines dispositions concernant notamment les délais de saisine du juge en matière de contrôle de plein droit". Au-delà de cette mise en cohérence avec la loi, le décret vise à structurer "les dispositions réglementaires du code de la santé publique relatives à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques autour d'un nouveau plan présentant d'abord les dispositions communes aux deux types de procédure avant d'aborder les spécificités de chacune d'elles. Dans un but de simplification, il harmonise autant que possible la procédure applicable dans le cadre du recours facultatif au juge et dans le cadre du contrôle de plein droit".

Soins sous contrainte - Juge des libertés et de la détention - Convocation - Avis - Procédure - Délais

[Circulaire](#) de présentation des dispositions de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement— Cette circulaire revient sur les dispositions nouvelles issues de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 ainsi que celles du décret n° 2014-897 du 15 août 2014 en apportant des précisions, notamment sur « les dispositions relatives au lieu de l'audience, aux débats, à la suppression de la visioconférence et à l'assistance ou la représentation obligatoire par avocat ».

Hospitalisation sous contrainte – Droits des patients – Recueil d'observations du patient

[Cour d'appel d'Aix en Provence, 25 juillet 2014, ordonnance n°2014/104](#) - La Cour d'appel d'Aix en Provence infirme une ordonnance rendue le 4 juillet 2014 par un juge des libertés et de la détention et ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète sous contrainte aux motifs qu'il ne ressort « d'aucune pièce du dossier » que le patient concerné ait été en mesure « de présenter des observations écrites ou, le cas échéant, des observations orales ». De plus, « les certificats médicaux auxquels le Préfet s'est référé ne comportent aucune indication sur l'information donnée à M. X des projets d'arrêtés de maintien en hospitalisation complète et ne précisent pas que l'intéressé a été en mesure de faire valoir ses observations par tout moyen et de manière appropriée à son état et ce, en violation des dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ».

Soins psychiatriques - Glossaire - Maladie mentale – Communication



[Petit glossaire de précautions sémantiques en psychiatrie](#) "Les mots qui fâchent" de l'Association des internes et anciens internes en psychiatrie (AIAIP) du Nord-Pas-de-Calais - L'objectif de ce glossaire rédigé par des internes membres de l'Association des internes et anciens internes en psychiatrie (AIAIP) du Nord-Pas-de-Calais à destination des élèves de l'École supérieure de journalisme (ESJ) de Lille, est "de sensibiliser les journalistes et futurs journalistes aux grandes notions de la maladie mentale et de la psychiatrie".

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – Dotation annuelle de financement – Montant régionaux

[Arrêté du 31 juillet 2014](#) modifiant l'arrêté du 28 mars 2014 fixant pour l'année 2014 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

Financement - Contrat de bon usage des médicaments - Rapport d'étape annuel - Evaluation – Indicateurs

[Instruction n° DGOS/PF2/DSS/2014/243 du 31 juillet 2014](#) relative aux indicateurs précisés dans l'arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation du contrat de bon usage mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale – Cette circulaire précise que le rapport d'étape annuel (REA) « est construit en 3 parties, les deux premières parties regroupent des critères d'évaluation nationaux avec ou sans indicateurs définis à l'échelon national et la troisième partie est laissée à l'appréciation de la région et permet de maintenir la dynamique régionale débutée en 2006 ». Les trois parties de ce REA doivent être évaluées de façon identique. Les critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux concernent notamment la qualité de la prise en charge. Les critères sans indicateurs nationaux de suivi portent sur le suivi des résultats de la certification et l'informatisation de la prise en charge thérapeutique.

Autorisation – Activités de soins – Equipement matériel lourd – Règlementation

[Instruction n° DGOS/R3/2014/229 du 22 juillet 2014](#) relative à l'application des articles L. 6122-2, L. 6123-1, L. 6124-1 et R. 6122-34 relatifs aux autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds - Cette instruction rappelle les dispositions législatives et réglementaires relatives aux autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds. Elle évoque le cas de l'appréciation des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement, ainsi que les conditions et engagements portant sur les dépenses, le volume d'activité et l'intérêt de la santé publique.

Investissement hospitalier – Déclaration à l'inventaire

[Instruction n° DGOS/PF1/2014/228 du 22 juillet 2014](#) relative à la déclaration à l'inventaire des projets d'investissement en application du décret n°2013-1211 du 23 décembre 2013 relatif à la procédure d'évaluation des investissements publics - Cette instruction précise les modalités de mise en œuvre de la nouvelle procédure de déclaration à l'inventaire, pilotée par le commissariat général à l'investissement (CGI), et instaurée en matière d'évaluation socio-économique des investissements portés par les établissements de santé.

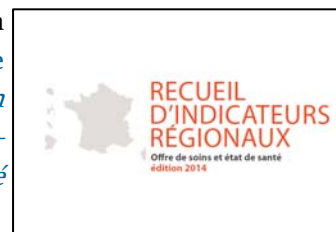
Cigarette électronique - Inhalateur électronique de nicotine - Risques - Interdiction dans les lieux publics - Cadre juridique



[Rapport](#) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatif aux Inhalateurs électroniques de nicotine – Ce rapport débute en mentionnant que « *les inhalateurs électroniques de nicotine font l'objet d'une controverse de santé publique entre sincères partisans de la lutte anti-tabac, de plus en plus divisés à mesure que l'utilisation de ces produits augmente* », ce qui a pour conséquence que « *les éléments d'appréciation et les recommandations présentés ici sont donc susceptibles de changer rapidement* ». Il évoque la conception et la composition des produits, le marché des inhalateurs électroniques de nicotine, les questions relatives à ces produits en matière de risques pour la santé, d'efficacité en tant qu'aide au sevrage tabagique, et d'interférence avec les mesures existantes de lutte antitabac.

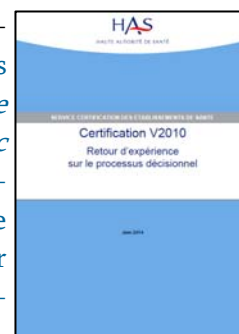
Offre de soins - Etat de santé - Etude - Indicateurs régionaux

[Recueil d'indicateurs régionaux](#) - Offre de soins et état de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - édition 2014 – Ce recueil « *compile les résultats d'indicateurs courant disponibles* », afin d'esquisser « *un portrait sanitaire et social synthétique de chaque région* » en mobilisant « *des indicateurs de l'offre et de recours aux soins, de la consommation de soins, de l'état de santé de la population [...] mais aussi des indicateurs démographiques et sociaux* ».



Haute autorité de santé – Certification V2010 – Retour d'expérience sur le processus décisionnel

[Haute autorité de santé](#) – Certification V2010, retour d'expérience dans le processus décisionnel - Dans ce document publié en juin 2014, la Haute autorité de santé rappelle que, dès le début de sa mise en œuvre, la V2010 « *a fait l'objet d'un dispositif de retour d'expérience portant notamment sur le fonctionnement du processus décisionnel et son articulation avec le système de cotation des critères* ». Elle rappelle également les exceptions au processus décisionnel V2010 ainsi que les dérogations à ce processus. La HAS explique ainsi comment elle peut atténuer une décision relative à la certification d'un établissement de santé pour tenir compte d'un contexte particulier ou, au contraire, aggraver cette décision sur la base de manquements et d'insuffisances constatés.



Direction Générale de l'Offre de Soins – Rapport d'activité



[Rapport d'activité 2013](#) de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) - La DGOS a publié son rapport d'activité 2013 dans lequel elle présente les chiffres clés de l'offre de soins ainsi que ses activités. A titre d'exemples, la DGOS dénombre en 2013 2694 établissements de santé dont 947 hôpitaux publics, 700 établissements privés d'intérêt collectif et 1047 cliniques privées. L'offre de soins se compose également de 370 maisons de santé et 380 centres de santé. En 2013, 657 services d'urgence ont assuré 18,6 millions de passages.

Haute autorité de santé – Rapport d'activité 2013



[Rapport d'activité 2013](#), Haute autorité de santé - La Haute autorité de santé (HAS) a présenté son rapport annuel d'activité lequel présente notamment les chiffres clés de l'année passée. En 2013, la HAS a adopté son nouveau projet stratégique pour les trois prochaines années et poursuit son ambition de participer à la régulation du système de santé par la qualité et l'efficacité. Elle a notamment créé une mission dédiée à la sécurité des patients, expérimenté le compte-qualité de la V2014 de la certification des établissements et lancé le site d'information sur les hôpitaux et cliniques français, Scope santé, à destination du grand public. Ce rapport présente en trois sections : les évaluations et les recommandations, la certification, les indicateurs et information médicale, les outils ainsi que les guides et méthodes de qualité et de sécurité des soins.

AP-HP – Recherche clinique et du développement - Rapport d'activité



[Rapport d'activité](#) du département de la recherche clinique et du développement de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, 2013 - Fin juillet, le Département de la recherche clinique et du développement (DRCD) de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a publié son rapport d'activité 2013. De nombreux projets ont débuté en 2013 notamment dans le cadre de la recherche à promotion industrielle.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité pour faute - Obligation d'information – Rejet

[Cour administrative d'appel de Marseille, 13 février 2014, n° 11MA02696](#) - En l'espèce, la Cour administrative d'appel de Marseille considère qu'un établissement de santé a informé correctement un patient d'un risque qu'il encourait à l'occasion d'une intervention chirurgicale dès lors que les termes d'un document remis au patient démontrent « *qu'un entretien a eu lieu avant l'intervention, au cours duquel M. C...a été mis à même d'interroger le praticien qui allait l'opérer afin de prendre une décision éclairée ; qu'il résulte par ailleurs de l'instruction que M. C... était suivi par le même chirurgien depuis le mois de juillet 2006 et qu'il l'avait vu en consultation en décembre 2006, en janvier 2007, en février, en mars, en juin, en octobre, en décembre 2007 ; qu'une intervention prévue début janvier 2008 avait été déprogrammée pour un problème de matériel ; qu'une nouvelle intervention avait été envisagée en février 2008, puis déprogrammée en raison de l'indisponibilité de M. C...et qu'une nouvelle consultation a eu lieu le 16 mai 2008 ; que les nombreuses consultations qui ont précédé l'intervention litigieuse, le long délai qui s'est écoulé entre la première d'entre elle et la réalisation de l'intervention démontrent le soin qui a été apporté par l'hôpital et le chirurgien pour analyser, avec M.C..., l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé ; que ces éléments, corroborés par le document signé par l'intéressé la veille de l'opération, établissent qu'il a reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles de cette intervention* ».

Responsabilité hospitalière – Coma – Faute – Retard de diagnostic - Préjudice – Réparation

[Tribunal administratif de Caen, 26 juin 2014, n° 1300737](#) - Par ce jugement en date du 26 juin 2014, le tribunal administratif de Caen a condamné un centre hospitalier intercommunal et une compagnie d'assurance hospitalière à verser la somme de plus de 450000€ à la famille d'un patient dans le coma depuis 2009. En l'espèce, en 2009, un homme a été admis en urgence au sein de ce centre hospitalier à la suite de vomissements. Il est alors admis au service de cardiologie où il subit une cholécystectomie huit jours plus tard en urgence et durant laquelle il a fait un arrêt cardiaque. Il est alors transféré au sein d'un centre hospitalier universitaire où un électroencéphalogramme est réalisé et qui révèle « *l'absence d'activité électrique d'origine cérébrale* ». Ce patient est redirigé vers le service de réanimation du centre hospitalier intercommunal puis transféré dans un autre centre hospitalier intercommunal. Il se trouve depuis dans un état végétatif persistant consécutif au coma résultant de l'arrêt cardiorespiratoire survenu lors de l'induction anesthésique pour cholécystectomie. S'appuyant sur le rapport d'expertise de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation, le tribunal administratif relève que « *l'expert a conclu à une faute dans la prise en charge [du patient] (...) par suite d'une exploration cardiovasculaire préopératoire incomplète et insuffisante* » et que « *cette prise en charge défectueuse a été constitutive d'une perte de chance pour [le patient] d'éviter de sombrer dans un état végétatif* ». Par conséquent, le tribunal administratif considère dans ces conditions que « *la faute résultant de l'exploration préopératoire incomplète et insuffisante, directement imputable aux médecins du centre hospitalier (...) a fait perdre une chance (...) [au patient] d'échapper à l'aggravation de son état de santé ; qu'eu égard à l'état antérieur de l'intéressé, qui présentait une double pathologie, il y a lieu (...) d'évaluer l'ampleur de cette perte de chance à 50 % et de mettre à la charge du centre hospitalier (...) la réparation de cette fraction du dommage corporel* ».

PERSONNEL

Assistants des hôpitaux – Statut – Prorogation

[Décret n° 2014-963 du 22 août 2014](#) modifiant le statut des assistants des hôpitaux - Ce texte "*permet de favoriser l'accès au titre d'ancien assistant des hôpitaux aux assistants des hôpitaux ayant bénéficié d'un congé de maladie, de maternité, de paternité ou d'adoption en prolongeant la durée de leurs contrats de la durée totale d'absence afin qu'ils puissent justifier de deux années de fonctions effectives requises pour obtenir ce titre*". L'article R. 6152-537 du code de la santé publique dispose désormais que "*lorsqu'un assistant spécialiste des hôpitaux ou un assistant généraliste des hôpitaux a bénéficié d'un congé de maternité, d'adoption, de paternité ou de maladie rémunéré dans les conditions prévues aux articles R. 6152-521 à R. 6152-524 et ne peut justifier des deux ans de fonctions effectives requises à l'alinéa précédent pour porter le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux ou d'ancien assistant généraliste des hôpitaux, son contrat est, sur sa demande, prorogé pour la durée du congé ainsi obtenu*".

Rémunération – Nouvelle bonification indiciaire (NBI) - Personnel de direction - Emplois fonctionnels - AP-HP

[Décret n° 2014-964 du 22 août 2014](#) modifiant le décret n° 2005-931 du 2 août 2005 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains emplois des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Ce texte modifie la répartition de la nouvelle bonification indiciaire (NBI). Tous les emplois fonctionnels, de directeurs et d'adjoints, permettront désormais l'attribution de la NBI à la date de classement de l'emploi ou de la nomination.

[Arrêté du 22 août 2014](#) abrogeant les listes relatives aux emplois fonctionnels de direction de la fonction publique hospitalière bénéficiaires d'une nouvelle bonification indiciaire – Ce texte abroge les dispositions de l'arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des centres hospitaliers régionaux dont les emplois fonctionnels de directeur général sont des emplois fonctionnels bénéficiaires d'une nouvelle bonification indiciaire prise en application des dispositions de l'article 1er du décret n° 2005-929 du 2 août 2005, de l'arrêté du 27 janvier 2006 fixant la liste des emplois fonctionnels de sous-directeur des services centraux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris bénéficiaires d'une nouvelle bonification indiciaire et de l'arrêté du 27 janvier 2006 modifié fixant la liste des établissements publics de santé dont les emplois fonctionnels de directeur sont des emplois fonctionnels bénéficiant d'une nouvelle bonification indiciaire.

Plan de développement des compétences - Développement professionnel continu - Actions nationales - Année 2015

[Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014](#) relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH - Cette circulaire présente aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière les axes prioritaires ainsi que les actions nationales à mettre en œuvre pour l'année 2015 dans le cadre de leur plan de développement des compétences. Certaines actions étaient déjà inscrites dans les circulaires précédentes, du 22 mai 2012 et du 19 juillet 2013. De nouvelles thématiques sont abordées, en matière de formation professionnelle tout au long de la vie (gestion des situation de violence, sécurisation des procédure), de programmes prioritaires de développement professionnel continu (prévention du risque infectieux ; accompagnement de l'avancée en âge des personnes handicapées en établissement médico-social et social), et de programmes nationaux de DPC 2015 (identifier les situations de violence conjugale et familiale ; prise en charge somatique des patients adultes ayant une pathologie psychiatrique sévère ; améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients sous chimiothérapies orales par l'information et l'accompagnement des patients).

Congés bonifiés - Modalités d'octroi

[Instruction N°DGOS/RH4/2014/219 du 16 juillet 2014](#) relative aux conditions d'attribution des congés bonifiés aux agents de la fonction publique hospitalière - Ce texte rappelle que "*les agents ultramarins doivent pouvoir bénéficier pleinement de leurs droits conformément à la législation et à la réglementation, nonobstant les difficultés financières que pourraient connaître les établissements pour accorder les congés bonifiés dont le seul but est de permettre à des agents qui ont des attaches profondes avec le département d'outre-mer dont ils sont originaires de renouer régulièrement avec un environnement familial et culturel dont ils ont dû s'éloigner*". L'administration doit donc "*vérifier si la résidence habituelle du fonctionnaire se situe bien dans le département d'outre-mer pour lequel l'ouverture des droits est sollicitée, cette vérification étant faite selon l'appréciation de multiples éléments, combinables entre eux et variables dans le temps, sans qu'aucun d'entre eux puisse être seul préalable ou nécessaire*", étant noté que "*l'octroi d'un précédent congé bonifié ne dispense pas l'administration d'un nouvel examen de la demande de congé*". La circulaire poursuit : "*il appartient donc aux établissements, sur le principe, d'accorder le droit à congé bonifié à tout agent remplissant objectivement les conditions pour en bénéficier. Toutefois, l'autorité compétente est fondée, pour des raisons touchant au fonctionnement et à la continuité du service public hospitalier qui doivent alors être dûment motivées, à n'accorder qu'une partie de la bonification pour tenir compte des nécessités du service ou à proposer d'autres dates que celles demandées par un agent afin de trouver un juste équilibre d'une part entre les différents demandeurs (durée du congé bonifié et dates de départ et de retour), d'autre part entre les possibilités de remplacement dans les services affectés par ces demandes en fonction des dates et des disciplines concernées*".

Retraite des fonctionnaires – Discrimination – Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)

[Cour de justice de l'Union européenne, 17 juillet 2014, n° C-173/13](#) - La CJUE conclut que certains avantages accordés aux fonctionnaires en matière de retraite par la réglementation française introduisent une discrimination indirecte fondée sur le sexe. En l'espèce, un infirmier de la fonction publique hospitalière demandait à bénéficier d'une retraite anticipée avec pension à jouissance immédiate, en sa qualité de père de trois enfants, ce que sa caisse de retraite (CNRACL) lui avait refusé. « *Cette inégalité de traitement, qui résulte d'une condition que les fonctionnaires féminins remplissent systématiquement grâce au caractère obligatoire du congé de maternité, ne semble pas justifiée, dès lors que la réglementation en cause ne paraît pas répondre véritablement au souci d'atteindre l'objectif légitime de politique sociale invoqué en l'occurrence par la France, ni avoir été mise en œuvre de manière cohérente et systématique dans cette perspective* ».

Fonction publique – Suicide – Imputabilité au service

[Conseil d'Etat, 16 juillet 2014, n° 361820](#) - Par cette décision, le Conseil d'Etat précise dans quelles conditions le suicide ou la tentative de suicide d'un fonctionnaire peut être reconnue imputable au service et procède à un assouplissement de sa jurisprudence relative à la reconnaissance des accidents de service.

En l'espèce, une fonctionnaire territoriale, employée par une commune, avait tenté de se suicider sur son lieu de travail en avril 2009, pendant ses horaires de service. L'agent a, par la suite, adressé à la commune une déclaration d'accident de service. Malgré un avis favorable de la commission de réforme, le maire de la commune a refusé de reconnaître l'imputabilité au service de l'évènement. L'agent territorial a alors saisi le tribunal administratif de Bordeaux d'une demande tendant à l'annulation d'un arrêté la plaçant rétroactivement en congé maladie ordinaire et à ce qu'il soit enjoint à la commune de la réintégrer dans ses droits à salaire et à régime indemnitaire. Le tribunal a, dans un jugement en date du 13 juin 2012, rejeté sa demande et la requérante s'est alors pourvue en cassation.

Dans un considérant de principe, la Haute juridiction administrative rappelle « *qu'un accident survenu sur le lieu et dans le temps du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice par un fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal présente, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant cet évènement du service, le caractère d'un accident de service* ». Il relève « *qu'il en va ainsi lorsqu'un suicide ou une tentative de suicide intervient sur le lieu et dans le temps du service, en l'absence de circonstances particulières le détachant du service ; qu'il en va également ainsi, en dehors de ces hypothèses, si le suicide ou la tentative de suicide présente un lien direct avec le service* ». Ainsi, en l'espèce, le Conseil d'Etat fait droit à la demande de la requérante, annule le jugement rendu par le tribunal administratif et lui renvoie l'affaire.

Personnels - Travail de nuit – Etude



« [Le travail de nuit en 2012](#) » - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social - août 2014 n° 62 - Cette étude de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) évoque le fait que le travail de nuit a concerné habituellement ou occasionnellement 42% des sages-femmes et infirmiers salariés et 44% des médecins salariés en 2012. Elle révèle que les salariés de la fonction publique travaillent plus fréquemment la nuit que les salariés du secteur privé, et que tous secteurs confondus, les hommes trentenaires sont les plus concernés. Les personnes qui travaillent la nuit "ont plus souvent soumis à de fortes contraintes de rythme de travail, doivent plus souvent se dépêcher et peuvent plus rarement faire varier les délais fixés. Les travailleurs de nuit ont plus souvent le sentiment qu'une erreur de leur part pourrait avoir de graves conséquences et ils sont plus souvent confrontés à des personnes en détresse, à des tensions ou même à des agressions. Leur travail comporte davantage de facteurs de pénibilité physique et de contraintes de vigilance et ils déclarent plus souvent risquer être blessé ou accidenté. Les travailleurs de nuit semblent néanmoins pouvoir davantage compter sur le collectif de travail et être mieux formés aux risques que le travail fait courir à leur santé".

Conditions de travail – Enquête 2013 – Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)



« [Conditions de travail – Reprise de l'intensification du travail chez les salariés](#) » - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) du ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social - juillet 2014 n° 49 - La Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques a publié au mois de juillet 2014 son enquête sur les conditions de travail 2013. Il ressort de cette étude que, entre 2005 et 2013, pour les salariés de France métropolitaine, les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythmes de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005. Cette intensification a été plus marquée dans la fonction publique ainsi que dans le secteur privé.

Internes – Protection sociale – Guide

[Guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie](#) - La DGOS publie un guide relatif à la protection sociale des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie au sein duquel les sujets suivants sont évoqués : les absences pour raison de santé, les absences autres que pour raisons de santé et les droits des internes dans certains cas particuliers tels que les conséquences de l'interruption des fonctions sur le stage, le cas des internes mis en disponibilité ou encore celui des internes effectuant des stages à l'étranger.



ORGANISATION DES SOINS

Organisation des soins - Plan autisme 2013-2017 – Parcours de soins

[Instruction n° DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/CNSA/2014/221 du 17 juillet 2014](#) relative au cadre national de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement prévu par le plan autisme (2013-2017) – Ce texte porte sur la mise en place d'une organisation régionale coordonnée et graduée favorisant le repérage, le diagnostic et les interventions précoces, avant l'âge de 6 ans, pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. Il précise les enjeux de cette action en termes de santé publique et d'organisation de l'offre médico-sociale et de soins, il fixe le cadre et les objectifs d'une démarche d'un « parcours » précoce autour de la mise en place d'une organisation coordonnée et graduée sur les territoires, et propose enfin des éléments de démarche régionale.

Cancer – Institut national du Cancer – Rapport d'activité

[Rapport d'activité 2013](#), Institut national contre le cancer - L'Institut national contre le cancer (Inca) publie son rapport d'activité 2013. S'agissant des soins, l'Inca a mené à terme des actions de structuration visant à améliorer la qualité et l'équité des soins pour tous les patients (notamment dans les domaines de l'oncogériatrie). En 2013, il a également conduit un programme transversal de lutte contre le cancer du sein, comprenant des actions de recherche, d'amélioration de la qualité des soins et d'information des femmes, notamment sur les avantages et les inconvénients du dépistage. Il a poursuivi ses travaux visant à améliorer la compréhension des inégalités face aux cancers et à rendre opérationnelles les connaissances acquises. S'agissant de la recherche, l'action de l'Inca s'est traduite par un soutien important à la recherche fondamentale, à la recherche translationnelle à travers des appels à projets dédiés et une politique de structuration et de valorisation scientifique ainsi que le développement de la recherche clinique en cancérologie.



PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

Santé mobile – Livre vert de la Commission européenne – CNOM



[Contribution](#) du Conseil National de l'Ordre des médecins à la consultation publique de la Commission européenne sur le livre vert sur la santé mobile - Le Conseil national de l'ordre des médecins a apporté sa contribution à la consultation publique de la Commission européenne sur le Livre vert relatif à la santé mobile. Il félicite la Commission européenne de la teneur de son livre vert qui couvre tous les aspects suivants : possibilité d'accroître la prévention et de permettre une meilleure qualité de vie, contribuer à l'efficacité des systèmes de santé, responsabiliser les patients et rendre compétitif le marché européen grâce aux savoirs faire des ingénieurs et des professionnels de santé des états membres en matière technologique et sanitaire. Le CNOM met cependant en exergue huit points de vigilance dont la nécessité de la protection des données recueillies, par une législation européenne qui s'impose non seulement aux états membres de l'Union mais qui soit également susceptible d'influencer celles des prestataires des états extracommunautaires.

Il indique enfin à la Commission européenne qu'il rendra public un livre blanc consacré à ce domaine au début de l'année 2015.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – Informatisation – Programmation des ressources – Agenda patient



[Guide](#) sur l'informatisation de la programmation des ressources et l'agenda patient, ANAP, juillet 2014 - Le comité d'experts du programme Hôpital numérique de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) publie sa troisième production relative à l'informatisation de la programmation des ressources et l'agenda patient. Ce guide a été créé suite à l'identification d'une difficulté rencontrée par les établissements de santé dans le déploiement de leur système d'information et remonté par l'intermédiaire de la plateforme « Mon hôpital numérique ». Il s'adresse ainsi aux directions des systèmes d'information avec une première partie précisant les éléments de contexte permettant d'évaluer l'opportunité d'engager un tel projet et une seconde partie décrivant quatre fiches qui définissent les objectifs adaptés aux missions et moyens de l'établissement, évaluer la cible et les impacts des chantiers organisationnels à mener, identifier les impacts informatiques de chantiers, consolider les éléments d'étude et établir les scénarios de choix (objectifs, caractéristiques, modes opératoires).

COMMANDE PUBLIQUE

Appel d'offres - Spécifications techniques – Exigence non justifiée par les besoins - Annulation du marché

[Cour administrative d'appel de Versailles, 6 mai 2014, n° 11VE01594](#) - La commune X. a lancé le 20 octobre 2009 une procédure d'appel d'offres ouvert pour la passation d'un marché de construction d'une halle des sports couverte au stade Léo Lagrange. Le marché a été attribué, le 1er décembre 2009, à un groupement conjoint composé des sociétés C. et B. La société A., candidate à l'attribution de ce marché, a saisi le tribunal administratif de Montreuil lequel a, par un jugement du 29 mars 2011, rejeté sa demande d'annulation du contrat ainsi que d'indemnisation de son manque à gagner du fait de son éviction. C'est dans ces circonstances que l'appel a été interjeté. En l'espèce, la Cour administrative d'appel de Versailles a relevé, d'une part, que « *les prescriptions des articles 4.2 et 4.3 du CCTP [...] correspondent à la technique faisant l'objet [d'un brevet] dont seule la société B. était détentrice* » et, d'autre part, qu'il résulte du tableau de réception des offres remis par la commune X. que seule la société B. a déposé un dossier de candidature. Dans ces conditions, la spécification technique en cause a eu pour effet de restreindre la concurrence et la commune X. n'a pas démontré que ses besoins n'auraient pas pu être satisfaits par des prescriptions moins restrictives eu égard à l'objet du marché concerné. Par conséquent, les restrictions apportées à la concurrence ont porté atteinte au principe d'égalité entre les candidats. La cour en a déduit que le contrat conclu devait être annulé.

Candidature écartée – Société défaillante – Exécution de précédents marchés publics

[Cour administrative d'appel de Marseille, 23 juin 2014, n° 11MA02487](#) - Dans le cadre de l'appel d'offres ouvert en vue de la passation d'un marché à bons de commande relatif à l'entretien et au nettoyage des résidences de l'agence Y. de l'office public de l'habitat X., la société A. a présenté le 3 mars 2009 une offre. Par un courrier du 2 avril 2009, la directrice générale de l'office l'a informée que sa candidature avait été écartée. En première instance, le tribunal administratif de Montpellier a rejeté la demande présentée par la société A., tendant à la condamnation de l'office public de l'habitat X. à lui payer la somme de 200 000 euros en réparation du préjudice subi du fait de son éviction irrégulière du marché. C'est dans ces circonstances que l'appel a été interjeté. Le juge d'appel a rappelé la règle selon laquelle « *pour éliminer la candidature d'une entreprise, la commission d'appel d'offres ne peut se fonder uniquement sur les seuls manquements de cette dernière dans l'exécution de précédents marchés, sans rechercher si d'autres éléments contenus dans le dossier de candidature de la société permettent à celle-ci de justifier des garanties exigées* ». En l'espèce, la candidature de la société A. a été écartée au motif que la commission a considéré que l'entreprise n'apportait pas les garanties suffisantes de bonne exécution compte tenu des nombreux manquements dans l'exécution du précédent marché de l'agence Y. Il résulte également de l'instruction que la société a joint à son dossier de candidature les annexes du marché à bon de commandes portant sur l'entretien et le nettoyage des résidences de l'agence Y., conclu avec l'office public le 26 avril 2008 pour une durée d'une année d'un montant de 161 100,62 euros HT, conformément aux stipulations de l'article 3.1.2 du règlement de consultation. En revanche, elle n'a pas fourni, comme il lui était loisible de le faire, les références relatives à d'autres marchés portant sur des services similaires à l'objet du marché envisagé. Par conséquent, en l'absence de toute autre référence, la Cour a considéré que la commission d'appel d'offres avait pu légalement se fonder sur l'exécution de ce précédent marché auquel faisait exclusivement référence la société candidate, en vue d'apprécier ses capacités techniques. La requête de la société A. est rejetée.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Egalité hommes – femmes – Interruption volontaire de grossesse (IVG) – Détresse – Condition – Suppression

[Loi n° 2014-873 du 4 août 2014](#) pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes – Cette loi comporte six titres, portant sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie professionnelle, la lutte contre la précarité, la protection des personnes victimes de violences et sur la lutte contre les atteintes à la dignité et à l'image à raison du sexe dans le domaine de la communication, ainsi que sur la mise en œuvre de l'objectif constitutionnel de parité. Plus particulièrement, un nouvel article est inséré dans la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, qui dispose que « *les correspondances des autorités administratives sont adressées aux usagers sous leur nom de famille, sauf demande expresse de la personne concernée de voir figurer son nom d'usage sur les correspondances qui lui sont adressées* ». Cette loi a en outre introduit dans l'article 8 de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics, trois nouveaux cas d'interdiction de soumissionner (article 16). Par ailleurs, la notion de détresse pour le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été supprimée : le nouvel article L. 2212-1 du code de la santé publique dispose désormais que « *la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse* ».

Interruption volontaire de grossesse (IVG) - Détresse - Condition - Suppression - Constitutionnalité

[Conseil constitutionnel n° 2014-700 DC du 31 juillet 2014](#) - Dans leur saisine, les requérants estimaient que "la suppression de l'exigence selon laquelle le droit de la femme de demander l'interruption de sa grossesse est conditionné à une situation de détresse n'est pas justifiée" et qu'elle "romprait le compromis et l'équilibre résultant de la loi du 17 janvier 1975 et porterait dès lors atteinte « au principe du respect de l'être humain dès le commencement de sa vie »", le Conseil constitutionnel décide que "la loi du 17 janvier 1975 a autorisé une femme à demander l'interruption volontaire de sa grossesse lorsque « son état » la « place dans une situation de détresse » ; que ces dispositions réservent à la femme le soin d'apprécier seule si elle se trouve dans cette situation ; que la modification, par l'article 24, de la rédaction des dispositions de la première phrase de l'article L. 2212-1, qui prévoit que la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut en demander l'interruption à un médecin, ne méconnaît aucune exigence constitutionnelle ; que, par suite, cet article doit être déclaré conforme à la Constitution".

Interruption volontaire de grossesse (IVG) - Accès aux soins - Été 2014

[Circulaire n° DGOS/R3/DGS/MC1/2014/241 du 30 juillet 2014](#) relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été - Cette circulaire débute en rappelant qu'environ "220 000 femmes, de tous les âges et tous les milieux, ont recours à l'IVG. Plus d'une femme sur 3 y a recours au cours de sa vie. Ce recours doit être pleinement garanti à toutes les femmes, et ce, jusqu'au délai légal de 14 semaines d'aménorrhée (SA). La période estivale nécessite chaque année une attention particulière pour que soient assurés des délais de prises en charge, d'accès géographique, et d'accès financier pertinents". Selon les analyses de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, "le nombre d'IVG réalisées en France est resté stable en 2012. La DREES signale cependant sur la base de chiffres provisoires une possible légère tendance à la hausse (+4,7 %) en 2013. Cette évolution, si elle devait être confirmée et se poursuivre en 2014, implique un

effort plus soutenu encore de la part de l'ensemble des acteurs afin d'assurer l'accès à l'IVG des femmes souhaitant interrompre leur grossesse, notamment pendant cette période estivale". Les points de difficultés identifiés dans la prise en charge des femmes sont "la qualité de l'information délivrée aux femmes en demande d'IVG, notamment en ce qui concerne leur parcours de prise en charge", et "l'orientation des femmes vers une solution effective de prise en charge dans un contexte où les plannings des établissements de santé réalisant les IVG peuvent être chargés". Dans ce contexte, cette circulaire indique aux Agences régionales de santé les orientations et mesures à mettre en œuvre durant l'été 2014.

Centre de référence – Lutte contre les maladies transmissibles

[Arrêté du 24 juillet 2014](#) fixant la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés - Cet arrêté fixe la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles (CNR) et de leurs éventuels laboratoires associés, pour la période allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2016.

Transfusion sanguine - Schéma d'organisation - Ile-de-France

[Arrêté du 31 juillet 2014](#) modifiant l'arrêté du 24 juillet 2012 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine d'Ile-de-France – Cet arrêté ajoute plusieurs sites hospitaliers de l'AP-HP à la liste des sites de distribution de produits sanguins labiles aux établissements de santé gérant un dépôt de sang.

Prélèvement d'organe - Personne décédée - Arrêt cardiaque - Arrêt respiratoire

[Arrêté du 1er août 2014](#) modifiant l'arrêté du 2 août 2005 fixant la liste des organes pour lesquels le prélèvement sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant est autorisé - Cet arrêté ajoute le poumon à la liste des « organes qui peuvent être prélevés sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant ».

Prélèvement – Echantillons biologiques – Professionnels de santé autorisés

[Arrêté du 13 août 2014](#) fixant les catégories de professionnels de santé autorisés à réaliser des prélèvements d'échantillons biologiques aux fins d'un examen de biologie médicale et la phase analytique de l'examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale ainsi que les lieux de réalisation de ces phases - Ce texte arrête les conditions d'application de l'article L. 6211-13 du code de la santé publique, qui dispose que "lorsque le prélèvement d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisé dans le laboratoire de biologie médicale, il peut être réalisé dans un établissement de santé, au domicile du patient ou dans des lieux en permettant la réalisation, par un professionnel de santé autorisé conformément aux procédures déterminées avec le biologiste responsable du laboratoire".

FRAIS DE SÉJOUR

Loi de financement de la sécurité sociale - Année 2014 - LFSS 2014

[Loi n° 2014-892 du 8 août 2014](#) de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014—Ce texte opère notamment une réduction de 800 millions d'euros de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2014, désormais fixé à 178,3 milliards d'euros. Plus particulièrement, l'ONDAM hospitalier est diminué de 200 millions d'euros, pour être porté à 75,3 milliards d'euros.

SÉCURITÉS SANITAIRES À L'HÔPITAL

Sécurités sanitaires - Programme national de prévention des déchets

[Arrêté du 18 août 2014](#) approuvant le plan national de prévention des déchets 2014-2020 en application de l'article L. 541-11 du code de l'environnement – Ce texte « *approuve le « programme national de prévention des déchets », qui constitue le plan national de prévention des déchets en application de cet article L. 541-11 du code de l'environnement. Ce programme fixe pour la période 2014-2020 les objectifs et mesures en matière de prévention des déchets, afin de rompre le lien entre la croissance économique et les impacts sur l'environnement dus à la production de déchets. Il donne également des points de référence qualitatifs ou quantitatifs pour les mesures de prévention des déchets adoptées, ainsi que des indicateurs pour suivre et évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des mesures. Le plan national de prévention des déchets est opposable aux décisions d'approbation des plans de prévention et de gestion des déchets dangereux, des déchets non dangereux et des déchets du BTP, et des programmes locaux de prévention des déchets ménagers et assimilés* ».

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

