

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 03 au 17 octobre 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Personnel	page 8
Organisation des soins	page 12
Propriété intellectuelle - Informatique	page 12
Marchés publics	page 12
Réglementation sanitaire	page 13
Domaine public et privé	page 14
Publications	page 15

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Conflit d'intérêts - Transparence - Obligation d'abstention - Obligation de déclaration - Haute Autorité pour la transparence de la vie publique - Protection des lanceurs d'alerte

Loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique - Cette loi pose dans son article 1 le principe selon lequel "*les membres du Gouvernement, les personnes titulaires d'un mandat électif local ainsi que celles chargées d'une mission de service public exercent leurs fonctions avec dignité, probité et intégrité et veillent à prévenir ou à faire cesser immédiatement tout conflit d'intérêts*". Elle organise par la suite une obligation d'abstention (article 2), destinée à prévenir les conflits d'intérêts, définis comme "*toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction*". Confrontés à une telle situation, et suite à l'entrée en vigueur d'un décret d'application, "*les personnes chargées d'une mission de service public qui ont reçu délégation de signature s'abstiennent d'en user [et] les personnes chargées d'une mission de service public placées sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique le saisissent ; ce dernier, à la suite de la saisine ou de sa propre initiative, confie, le cas échéant, la préparation ou l'élaboration de la décision à une autre personne placée sous son autorité hiérarchique*". La loi impose ensuite une obligation de déclaration patrimoniale et une déclaration d'intérêts sous le contrôle de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, principalement pour les membres du Gouvernement (article 3), mais plus largement pour toutes les personnes chargées d'un mandat électif européen, national ou local, ou membres d'une assemblée délibérante locale (article 11). En outre, la loi crée une nouvelle autorité administrative indépendante, la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, et fixe les conditions de désignation de ses membres (article 19) et ses missions (articles 20 à 23). Enfin, ce texte fonde un principe de protection des lanceurs d'alerte relatant ou témoignant de faits relatifs à une situation de conflit d'intérêts (article 25).

Transparence - Conflit d'intérêts - Définition - Intelligibilité de la loi - Déclaration de situation patrimoniale - Agent public - Publicité - Atteinte au respect de la vie privée

Conseil Constitutionnel, décision n° 2013-676 DC du 9 octobre 2013, Loi relative à la transparence dans la vie publique - La loi relative à la transparence dans la vie publique a fait l'objet d'une saisine par au moins soixante députés, et d'une saisine par au moins soixante sénateurs. Ils invoquaient "*la méconnaissance du droit au respect de la vie privée, de la liberté d'entreprendre, du principe d'égalité, des droits de la défense, de la légalité des délits et des peines et de la séparation des pouvoirs ainsi que de l'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi*".

En premier lieu, sur la définition du "*conflit d'intérêts*", le Conseil Constitutionnel déclare que "*s'il appartient à la Haute Autorité, sous le contrôle du juge, d'apprécier les situations de fait correspondant à cette influence ou cette apparence d'influence, le législateur, en étendant l'appréciation du conflit d'intérêts à ces cas d'apparence d'influence, a retenu une définition qui ne méconnaît pas l'objectif d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi*".

Concernant le droit au respect de la vie privée, le Conseil Constitutionnel décide que l'instauration d'une obligation de dépôt d'une déclaration d'intérêts et de déclarations de situation patrimoniale a "*pour objectif de renforcer les garanties de probité et d'intégrité*" des personnes concernées, "*de prévention des conflits d'intérêts et de lutte contre ceux-ci*". Cette obligation est donc "*justifiée par un motif d'intérêt général*". Pour autant, l'obligation de déclarer les activités professionnelles exercées par les enfants et les parents porte "*une atteinte au droit au respect de la vie privée qui ne peut être regardée comme proportionnée au but poursuivi*".

Sur le même aspect, le Conseil Constitutionnel décide que "*pour des personnes exerçant des responsabilités de nature administrative et n'étant pas élues par les citoyens, l'objectif de renforcer les garanties de probité et d'intégrité de ces personnes, de prévention des conflits d'intérêts et de lutte contre ceux-ci est directement assuré par le contrôle des déclarations d'intérêts par la Haute Autorité et par l'autorité administrative compétente ; en revanche, la publicité de ces déclarations d'intérêts, [...] est sans lien direct avec l'objectif poursuivi et porte une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée de ces personnes*".

Justice - Parquet - Ordre professionnel - Information – Communication

[Circulaire du 24 septembre 2013](#) relative aux relations entre les parquets et les ordres des professions en lien avec la santé publique - Cette circulaire a pour objet "*d'une part, de présenter les interlocuteurs des parquets au sein des différents ordres professionnels ainsi que leurs prérogatives et de rappeler, d'autre part, quelles sont les informations qui doivent être échangées entre les parquets et les ordres professionnels*". Elle présente d'abord sommairement les ordres des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, et vétérinaires, dont les adresses et contacts utiles sont référencés en annexe. Par la suite, la circulaire distingue selon que les relations s'inscrivent dans le cadre d'une enquête, d'une instruction ou du renvoi devant une juridiction ou selon qu'une condamnation a été prononcée par une juridiction répressive ou pénale. Dans le premier cas, certaines informations doivent être communiquées de plein droit (lorsqu'une enquête pénale a été réalisée suite à un signalement ou une plainte déposée par un ordre; lorsqu'un ordre est susceptible de se constituer partie civile durant une enquête ou une instruction). En revanche, d'autres informations sont communiquées en opportunité par le Procureur de la République (lorsqu'un exercice professionnel restreint a été prononcé dans le cadre d'un contrôle judiciaire notamment). Dans le second cas, la circulaire indique que tout ordre doit être informé de toute condamnation devenue définitive d'un praticien qui en relève, quelque soit l'infraction visée, et "*même s'il n'existe aucun lien avec l'exercice de la profession*". Les parquets doivent enfin obtenir communication de l'ensemble des condamnations disciplinaires prononcées par les ordres.

Politique de santé publique - Vagues de froid - Guide - Année 2013-2014 - Vigilance météorologique - Impacts sanitaires et sociaux - Epidémies saisonnières

[Instruction ministérielle n° DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGSCGC/DGT/2013/351 du 26 septembre 2013](#) relative au guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2013-2014 - Cette instruction "*introduit le guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2013-2014. Elle précise les objectifs et le dispositif de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux des vagues de froid ainsi que le rôle des différents acteurs*". Ce guide aborde cinq volets : les dispositifs de vigilance qui le fondent, le rôle et actions des préfets de départements, des Agences régionales de santé (ARS), et d'autres acteurs intervenant notamment en matière de logement. Il comporte en annexe douze "*fiches mesures*" (vigilance météorologique, dispositif de veille et d'alerte, de remontée d'informations et de gestion des impacts sanitaires et sociaux, suivi de la mise en œuvre des mesures hivernales, déclinaison départementale du dispositif opérationnel de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux des vagues de froid, milieu de travail, etc.).

Garde - Tableau de service - Centre hospitalier - Demande de communication - Protection de la vie privée – Anonymisation - Avis favorable

[Commission d'accès aux documents administratifs, 07 février 2013, n° 20130141](#) - La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) émet un avis favorable à une demande de communication d'un tableau anonymisé de service des médecins et internes de garde au sein d'un service médical d'un centre hospitalier. La CADA considère que "*la communication de ce tableau de service à un tiers, tel que le demandeur, porterait atteinte, à défaut d'occultation du nom des médecins et internes qui y sont inscrits, à la protection de leur vie privée, visée par le II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978. Aucune disposition ni aucun principe ne ferait en revanche obstacle à la communication, à toute personne qui le demande, du même document après anonymisation. La communication d'un tel tableau, dans la mesure où il fait apparaître, à défaut de leur nom, le nombre des médecins dont la présence était prévue dans le service où le demandeur a été hospitalisé, n'est pas privée de tout intérêt pour celui-ci*".

Garde - Tableau de service - Demande de communication - Permanence des soins - Protection de la vie privée – Anonymisation - Avis favorable

[Commission d'accès aux documents administratifs, 25 juillet 2013, n° 20131649](#) - La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) émet un avis favorable à une demande de communication de tableaux anonymisés de services des médecins et internes de garde établis pour assurer la permanence des soins ambulatoires. La CADA considère que *"la solution retenue dans l'avis rendu à propos des tableaux de service des médecins et internes de garde d'un centre hospitalier (avis n° 20130141 du 7 février 2013) lui paraît transposable aux tableaux prévus par l'article R. 6315-2 du code de la santé publique pour organiser la permanence des soins ambulatoires"*. Dès lors, *"si les tableaux de médecins de permanence sollicités sont communicables au demandeur, pour ce qui le concerne, leur communication intégrale porterait atteinte, à défaut d'occultation du nom des autres médecins qui y sont inscrits, à la protection de leur vie privée, visée par le II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978. Aucune disposition, ni aucun principe ne ferait en revanche obstacle à la communication, à toute personne qui le demande, du même document après anonymisation. La communication d'un tel tableau, dans la mesure où il fait apparaître, à défaut de leur nom, le nombre des médecins dont la présence était prévue pour assurer la permanence de soins, n'est pas privée de tout intérêt"*.

Discrimination – Précarité sociale - Couverture maladie universelle (CMU) - Aide médicale d'État (AME) - Accès aux soins - Refus de soins

[Avis sur les discriminations fondées sur la précarité sociale](#) du 26 septembre 2013 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme - Dans cet avis, la Commission nationale consultative des droits de l'homme appelle de ses vœux la *"reconnaissance de la discrimination en raison de la précarité sociale"*, notamment sur la *"question de l'accès aux soins"*, qui *"est sans doute la plus facile à identifier"*. Cette reconnaissance dans la loi *"aurait pour objet de renforcer l'effectivité des droits économiques, sociaux et culturels, civils et politiques garantis du respect de l'égalité de tous les êtres humains"*.

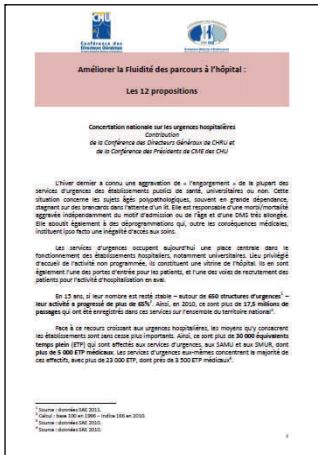
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Hébergement temporaire – Rapport d'activité - Compte administratif de clôture - Tableau de bord - Année 2012

[Note d'information](#) n°DGCS/SD3A/2013/343 du 13 septembre 2013 relative à l'enquête annuelle 2013 conduite auprès des structures d'accueil de jour, d'hébergement temporaire, des pôles d'activités et de soins adaptés et des unités d'hébergement renforcées – Cette note d'information a pour objet de préciser la mise en œuvre de l'arrêté du 9 avril 2013 portant application du I de l'article R. 314-50 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire et pour lesdits établissements exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée. Aussi la présente note précise-t-elle la conduite à tenir vis-à-vis des structures qui n'auraient pas répondu à l'enquête et n'auraient donc pas rempli la partie correspondante de leur rapport d'activité. Par ailleurs, l'arrêté prévoit que la saisie des données a lieu *"au moyen d'un site internet de collecte"* et qu'elles font *"l'objet d'un renseignement du fichier national des établissements sanitaires et sociaux avant le 31 décembre 2012"*. Ce tableau de bord devra être saisi *"durant la période du 29 avril au 13 juillet 2013 pour des données d'activité de l'année 2012"*.

Organisation hospitalière - Urgences - Accès aux soins - Parcours de soins - Fluidification

"Améliorer la fluidité des parcours à l'hôpital : les 12 propositions" - Contribution de la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU et de la Conférence des Présidents de CME des CHU à la Concertation nationale sur les urgences hospitalières - Cette contribution à la concertation nationale sur les urgences hospitalières affirme

la "place centrale dans le fonctionnement des établissements hospitaliers, notamment universitaires" des services d'urgences. En quinze ans, si le nombre de structures d'urgence demeure stable (650 environ), "leur activité a progressé de plus de 65%. Ainsi, en 2010, ce sont plus de 17,5 millions de passages qui ont été enregistrés dans ces services sur l'ensemble du territoire national". Le document relève que les causes de l'enorgorgement sont "surtout dues à l'inadéquation entre le nombre de malades à hospitaliser et les lits disponibles d'une part, et les hospitalisations venant des urgences par rapport à celles programmées d'autre part". Douze propositions sont formulées, autour de quatre axes de réflexion : l'amélioration de l'accessibilité aux structures d'hospitalisation, la fluidification des admissions par l'amélioration des structures et des conditions de réception des patients, l'implication de la gouvernance des établissements, et, au plan national, l'« universitarisation » de la médecine d'urgence.



Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) - Aval des urgences - Gestion des lits médicaux - Décision d'hospitalisation - Fluidité du parcours de soins

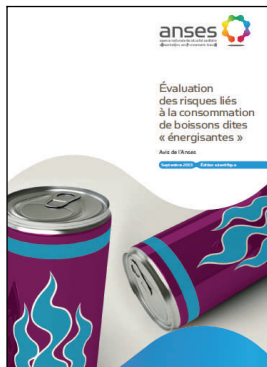
Aval des urgences à l'AP-HP : Charte des groupes hospitaliers (GH) pour mieux gérer les flux de malades et les séjours - La Commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP a adopté une motion relative à l'organisation de l'aval des urgences à l'AP-HP. Avec cette Charte, les équipes de l'AP-HP s'engagent à améliorer la gestion de l'aval des urgences, selon quatre "principes de progrès" : étendre la gestion de l'aval des urgences à tout l'hôpital, et pas uniquement au service d'accueil des urgences, la complémentarité des activités programmées et non programmées, le renforcement de l'accessibilité et de la fluidité de l'aval, et l'analyse quotidienne des situations de tension aux urgences. Un dispositif et un calendrier d'actions ont été définis pour la mise en œuvre de cette charte, qui doit être désormais déclinée dans les groupes hospitaliers par les équipes dirigeantes, directeurs des groupes hospitaliers et présidents des Commissions médicales d'établissement locales. Dans chaque groupe hospitalier et au niveau central, un comité de suivi veillera à sa bonne application et y apportera les adaptations nécessaires.

Chirurgie ambulatoire – Tarification

Rapport d'orientation ANAP-HAS « Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger - État des lieux et perspectives - Responsabilité médicale » – Juin 2013 – Les 25 recommandations de ce rapport sont issues d'un travail d'analyse de la situation de la tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger et des éléments fournis par la littérature. Elles s'articulent autour de dix thématiques : Place des incitations tarifaires dans la politique de développement de la chirurgie ambulatoire - Tarification à l'activité, tarification identique - Neutralité tarifaire - Dynamique d'évolution - Taux cible - Tarification des centres indépendants de chirurgie ambulatoire - Tarification et efficacité - Coûts pour l'hôpital de la chirurgie ambulatoire - Information et communication autour des règles tarifaires - Part des financements autres que ceux couverts par la tarification.

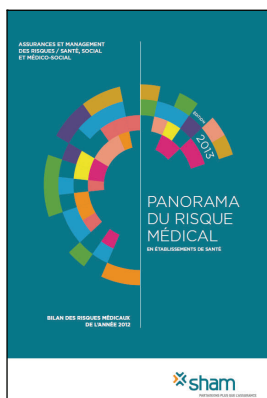


Santé publique - Boissons énergisantes - Caféine - Risques



Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail - "Évaluation des risques liés à la consommation de boissons dites « énergisantes »" - Septembre 2013 - L'étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail indique que le terme "boisson énergisante" est "un terme commercial qui ne fait pas référence à un encadrement réglementaire spécifique à ces produits. Les boissons dites énergisantes (BDE) sont des sodas enrichis en diverses substances déjà présentes dans l'alimentation (caféine, guarana, taurine, vitamines, ginseng,...) qui doivent répondre aux spécifications du règlement 1925/2006 encadrant les « aliments enrichis »". Depuis que ces boissons ont été introduites en France en 2008, "257 cas d'événements indésirables ont été portés à la connaissance de l'Anses, dont 212 suffisamment renseignés ont pu faire l'objet d'une analyse d'imputabilité dans le cadre du dispositif de nutrivigilance". L'élément explicatif majeur serait la présence de caféine, et l'évolution des pratiques d'enrichissement des aliments en caféine qui seraient "susceptibles de générer des situations à risques". L'Agence recommande aux consommateurs de prendre garde à leurs apports, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes, les enfants et les adolescents.

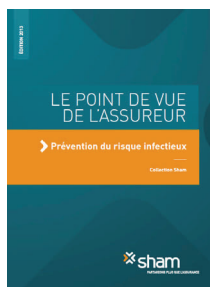
Responsabilité hospitalière - Etablissements de santé - Préjudices indemnisables -Extension - Coût - Délai de procédure



« Panorama du risque médical en établissements de santé - Bilan des risques médicaux de l'année 2012 » de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) – La Société hospitalière d'assurance mutuelle (SHAM) présente la 9e édition de son "Panorama annuel du risque médical", qui "montre clairement l'écart important qui existe entre le nombre de réclamations des malades, qui traduit leur insatisfaction, et celui des accidents effectivement indemnisés après expertise, qui correspond au périmètre de la responsabilité médicale" Il indique que pour la première fois, "le nombre de décisions des juridictions administratives ayant retenu la responsabilité d'un établissement de santé dépasse ainsi le nombre de jugements conduisant à une mise hors de cause" (sur 1111 décisions, 54,5% ont prononcé une condamnation). Ce rapport relève par ailleurs que le champ des préjudices indemnisés s'élargit au bénéfice du patient (douleur, manque d'information). Le coût moyen d'une condamnation a baissé, bien que le

coût global ait augmenté. La SHAM souligne que les dispositifs médicaux présentent "un élément de risque émergent majeur, un risque sériel grave" (+20% de réclamations en 2012). Enfin, les délais de règlement des litiges a diminué (11 mois par voie amiable, 1 an et 7 mois par Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI), et 3 ans et 11 mois par contentieux).

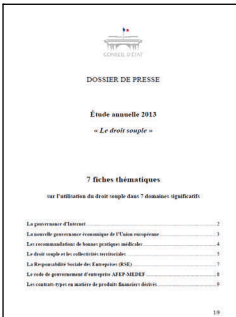
SHAM – Risque infectieux – Prévention



Conseil Médical Sham « Le point de vue de l'assureur sur la prévention du risque infectieux » - 2013 - Cet ouvrage a pour vocation d'apporter le point de vue de l'assureur sur les questions des infections liées aux soins. Il traite de questions juridiques et médicales pour aider les professionnels de santé dans leur démarche de prévention du risque infectieux. Le Conseil Médical Sham précise qu'en 2011, les infections nosocomiales ont représenté 22% des condamnations signifiées à Sham. Cet ouvrage met en exergue « le maillage étroit sur lequel repose la lutte contre les infections associées aux soins, ainsi que la place de l'information des patients, et plus largement du public dans ce dispositif. » ; La complexité du régime de responsabilité et d'indemnisation applicable en matière

d'infections nosocomiales ; L'importance de la traçabilité des informations dans le dossier patient qui doit notamment permettre d'attester de la mise en œuvre des mesures de prévention et de leur conformité par rapport aux bonnes pratiques. La SHAM conclut son ouvrage en précisant que « la démarche de prévention des risques infectieux nécessite donc une collaboration de tous les professionnels dans le cadre d'une politique globale de gestion des risques, l'implication de la Commission Médicale de l'Etablissement (CME) est essentielle. »

Conseil d'Etat – Droit souple



Étude annuelle 2013 du Conseil d'Etat : « Le droit souple » - Le Conseil d'État a retenu comme thème de son étude annuelle pour 2013 le droit souple. Le Conseil d'État propose une définition du droit souple. Il s'agit de l'ensemble des instruments répondant à trois conditions cumulatives : ils ont pour objet de modifier ou d'orienter les comportements de leurs destinataires en suscitant, dans la mesure du possible, leur adhésion ; ils ne créent pas par eux-mêmes de droits ou d'obligations pour leurs destinataires ; ils présentent, par leur contenu et leur mode d'élaboration, un degré de formalisation et de structuration qui les apparente aux règles de droit.

Le Conseil d'État recommande de doter les pouvoirs publics d'une doctrine de recours et d'emploi du droit souple pour contribuer à la politique de simplification des normes et à la qualité de la réglementation. Parmi les propositions formulées on notera le développement du droit souple dans le domaine des « recommandations de bonnes pratiques médicales (RBP) ». Le rapport précise sur ce point que *« dans le secteur médical, le professionnel de santé doit pouvoir s'écarter d'une recommandation lorsqu'il considère que la situation particulière du malade le justifie : le recours au droit souple apparaît dès lors plus approprié que le droit dur. En outre, la préoccupation de la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé », apparue dans les années 1990, pousse à la standardisation des soins. (...) A la suite de l'affaire du Mediator, les interrogations sur les liens d'intérêt que peuvent avoir les experts participant à l'élaboration des RBP se sont avivées. La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a renforcé les exigences de transparence et rendu obligatoire le respect d'une charte de déontologie de l'expertise sanitaire. De son côté, le Conseil d'État juge, depuis une décision Formindép du 27 avril 2011, que les RBP de la HAS peuvent être contestées devant le juge administratif, et ce en dépit de leur caractère non contraignant pour les médecins. Ceci permet notamment de contrôler le respect des obligations relatives à la publication des liens d'intérêt des experts. »*

Médecin inspecteur de santé publique - Concours réservé - Organisation - Epreuves

Arrêté du 29 août 2013 fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale du concours réservé d'accès au corps des médecins inspecteurs de santé publique

Pharmacien inspecteur de santé publique - Concours réservé - Organisation - Epreuves

Arrêté du 29 août 2013 fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale du concours réservé d'accès au corps des pharmaciens inspecteurs de santé publique

PERSONNEL

[Accès à l'emploi titulaire - Jurys - Comités de sélection - Représentation équilibrée - Conditions d'application - Arrêté de composition des jurys - Accessibilité - Affichage - Publication - Internet](#)

[Décret n° 2013-908 du 10 octobre 2013](#) relatif aux modalités de désignation des membres des jurys et des comités de sélection pour le recrutement et la promotion des fonctionnaires relevant de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière - Par application de l'article 55 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, ce décret vient confirmer que *"l'autorité administrative chargée de l'organisation du concours, de l'examen ou de la sélection respecte une proportion minimale de 40 % de personnes de chaque sexe justifiant des compétences nécessaires. Dans le cas de jurys ou de comités de sélection composés de trois personnes, il est au moins procédé à la nomination d'une personne de chaque sexe"*. De manière exceptionnelle, *"les statuts particuliers peuvent, compte tenu des contraintes de recrutement et des besoins propres des corps ou cadres d'emplois, fixer des dispositions dérogatoires"*. Le décret précise en outre qu'un *"rapport recensant ces dérogations et leurs motivations"* doit être présenté *"tous les deux ans à la formation spécialisée relative à l'égalité, la mobilité et aux parcours professionnels du Conseil commun de la fonction publique"*. Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2015. Enfin, ce texte indique que *"l'arrêté fixant la composition d'un jury ou d'un comité de sélection est affiché, de manière à être accessible au public, sur les lieux des épreuves pendant toute leur durée ainsi que, jusqu'à la proclamation des résultats, dans les locaux de l'autorité administrative chargée de l'organisation du concours ou de la sélection professionnelle. Cet arrêté est, dans les mêmes conditions, publié sur le site internet de l'autorité organisatrice"* : cette disposition est applicable immédiatement.

[Fonction publique hospitalière - Techniciens supérieurs hospitaliers \(TSH\) - Formation - Adaptation à l'emploi](#)

[Arrêté du 21 août 2013](#) fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers – Ce texte *« organise la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers »*. Cette formation permet *« l'acquisition et le développement des compétences »* nécessaires à l'exercice des fonctions qu'ils exercent dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Le dispositif comprend trois modules (cadre d'exercice en établissement de santé, techniques de management et de communication, et connaissances techniques spécifiques), et donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi de formation. Le programme est fixé en annexe. Il entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2014.

[Infirmier responsable des soins généraux - Liste - Diplômes - Certificats - Titres - Etats membres de l'Union européenne - Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen](#)

[Arrêté du 10 octobre 2013](#) modifiant l'arrêté du 10 juin 2004 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de l'Union européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique

Praticiens hospitaliers – Recherche d'affectation – CNG – Pouvoir de nomination

[Décret n° 2013-916 du 14 octobre 2013](#) relatif aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers placés en recherche d'affectation – Ce décret prévoit que le directeur général du Centre national de gestion (CNG) exerce à l'égard du praticien hospitalier en recherche d'affectation toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination. Le CNG a également le pouvoir de maintenir en recherche d'affectation et de nommer en surnombre, pour des périodes ne pouvant excéder six mois, des praticiens qui arrivent au terme de leur recherche d'affectation sans avoir fait l'objet d'au moins trois propositions d'emploi public fermes et précises. Le décret précise par ailleurs le contenu du projet personnalisé d'évolution professionnelle, notamment les souhaits d'évolution professionnelle du praticien, les types d'emplois, d'activités et de responsabilités auxquels, dans ce cadre, est susceptible d'être candidat le praticien ou qui peuvent lui être proposés et les actions de formation, d'évaluation et de validation des acquis de l'expérience professionnelle destinées à favoriser la réorientation du praticien.

Chiropracteur - Ostéopathe - Représentativité - Organisation professionnelle nationale

[Avis](#) relatif à l'enquête de représentativité des professions d'ostéopathe et de chiropracteur - Cet avis indique que *"l'enquête de représentativité permettra de déterminer les organisations qui ont vocation à représenter les professions d'ostéopathe et de chiropracteur dans les négociations nationales. Elle servira également à déterminer les compositions de la commission nationale d'agrément pour chacune des deux professions"* sous réserve de certaines conditions.

Laïcité - Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCNDH) - Observatoire de la laïcité - Neutralité de l'Etat – Service public - Protection de la liberté de conscience

[Avis sur la laïcité de la Commission nationale consultative des droits de l'homme \(CNCNDH\)](#) - Assemblée plénière du 26 septembre 2013 – Le président de l'Observatoire de la laïcité avait en juin dernier sollicité un avis de la CNCNDH sur *« les voies et moyens d'une bonne application du principe de laïcité, respectueuse des libertés fondamentales et du principe de non discrimination »*. S'agissant du secteur public la CNCNDH précise qu' *« une neutralité stricte s'applique pour les agents du service public et pour ceux remplissant des missions de service public, y compris ceux n'étant pas directement en contact avec les usagers. Les critères de la mission de service public sont clairs et nets dans la jurisprudence du Conseil d'Etat »*. S'agissant des obligations auxquelles peuvent être soumis les usagers des services publics, la Commission rappelle que *« conformément aux normes constitutionnelles, internationales, et législatives, les usagers du service public ne sont pas soumis au principe de neutralité. Les restrictions qui peuvent s'imposer à eux ne doivent être justifiées que par le respect des libertés d'autrui d'une part, et par le respect de la discipline liée aux missions mêmes du service public d'autre part. Ainsi, les usagers des services publics peuvent exprimer leurs convictions religieuses ou faire part de revendications particulières à condition de respecter la neutralité du service public, de ne pas contrevenir à l'organisation harmonieuse et au bon fonctionnement du service. Des impératifs absolus d'ordre public (sécurité, santé, salubrité et hygiène...) peuvent également légitimer des restrictions proportionnées, à la liberté de manifester sa religion »*.

A la question de savoir s'il existe un vide juridique en la matière et s'il convient de légiférer davantage, la Commission répond qu'il n'y a pas *« de vide juridique dans l'application du principe de laïcité. Bien au contraire, l'arsenal juridique est en la matière très complet, mais ces éléments du droit positif sont peu et mal connus. [...] Il faut avant tout lutter contre « l'ignorance laïque », comme le demandait déjà la CNCNDH en 2003, en formant et*

en expliquant. Il convient également de rappeler que le respect de la liberté de conscience et le respect du principe d'égalité – y compris d'égalité des sexes – s'impose à tous : représentants de la puissance publique et personnes privées. (...) La loi ne saurait se substituer à la jurisprudence, dès lors qu'il lui est impossible de résoudre chaque difficulté particulière posée par l'application du principe de laïcité; elle risque même de susciter de nouvelles difficultés et de rompre l'équilibre atteint aujourd'hui. A la voie législative, il faut préférer la voie conventionnelle, plus à même de répondre spécifiquement à chaque situation particulière ».

Service fait - Absence - Suspension de la rémunération - Compétence liée

Conseil d'État, 23 septembre 2013, n° 350909 - M. X, praticien hospitalier à temps plein au Centre hospitalier Y. a fait l'objet le 02 octobre 2007 d'une décision de suspension à titre conservatoire. Le 23 juin 2008, l'Agence régionale de santé a recommandé que lui soient confiées des fonctions "*en dehors de tout exercice clinique*". Le directeur du Centre hospitalier a alors mis fin à sa décision de suspension le 26 juin 2008, avant de lui attribuer des fonctions administratives. M. X. a refusé de rejoindre son poste, malgré une mise en demeure adressée le 19 janvier 2009. Par une décision du 14 décembre 2009, le directeur du centre hospitalier a suspendu le versement de ses émoluments et indemnités à compter du 1er janvier 2010.

Le Conseil d'Etat décide que dès lors que "*la décision affectant M. X. n'avait pas le caractère d'une décision manifestement illégale et de nature à compromettre gravement un intérêt public, le tribunal administratif n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant qu'à la supposer établie, l'illégalité de son affectation était sans incidence sur l'obligation de l'administration de cesser de le rémunérer en l'absence de service fait*". Il poursuit : "*l'administration avait compétence liée pour procéder à la suspension des traitements et indemnités de M.X.*".

Technicien supérieur hospitalier - Stage - Non-titularisation - Insuffisance professionnelle - Licenciement - Annulation

Tribunal administratif de Rennes, 13 mars 2013, n° 1101456 - M. X. a été recruté à compter du 1er janvier 2009 en qualité de technicien supérieur hospitalier stagiaire par l'établissement public médico-social Y., pour une durée d'un an. Après une prolongation de la période de stage pour une durée de 6 mois, décidée après avis de la CAP compétente, le directeur de l'EPMS Y. a refusé de titulariser M. X. dans le corps des techniciens supérieurs hospitaliers, et l'a en conséquence licencié pour insuffisance professionnelle. Le Tribunal retient que "*le requérant est fondé à soutenir que les conditions dans lesquelles s'est déroulé son stage ne lui ont pas permis de démontrer son aptitude à être titularisé et à demander [...] l'annulation de la décision du 24 mars 2011 par laquelle le président de l'EPMS Y. a refusé de le titulariser*", dans la mesure où M. X. n'a pas pu "*bénéficier au cours de sa période statutaire de stage de l'intégralité des modules de la formation réglementaire d'adaptation à l'emploi prévue*".

Dès lors, le Tribunal juge que l'annulation de la décision de licenciement n'implique pas la titularisation de M. X., mais enjoint l'établissement à réintégrer M. X. en qualité de stagiaire pour la durée nécessaire à l'accomplissement de la formation.

Personnel de direction - Recherche d'affectation - Impossibilité de réintégration - Disponibilité pour convenances personnelles – Conditions

Conseil d'État, 7 octobre 2013, n° 355289 - Par arrêté du 14 avril 2008, la directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) a placé Mme X., directrice adjointe au centre hospitalier Y., en disponibilité pour convenances personnelles à compter du 1er janvier 2009, pour une durée d'un an. Par arrêté du 22 mars 2010, la directrice générale a maintenu l'intéressée dans cette position à compter du 1er janvier 2010 et pour la même durée. Par courrier du 25 mai 2010, Mme X. a demandé à être réintégrée dès le 1er août 2010. En l'absence de réponse, elle a demandé par lettre du 16 septembre 2010, à être réintégrée au 1er janvier 2011. Elle s'est par la suite portée candidate à un poste au centre hospitalier Y. Par lettre du 25 janvier 2011, la directrice générale du CNG l'a informée de l'impossibilité de la réintégrer dans cet établissement, faute de poste vacant, puis par une décision du 22 février 2011, l'a maintenue en disponibilité pour convenances personnelles, à compter du 1er janvier 2011 et jusqu'à sa réintégration.

Le Conseil d'Etat rappelle qu'un "agent relevant des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 ne peut être légalement placé en situation de recherche d'affectation qu'en vue de poursuivre l'un des objectifs" légaux, à savoir "permettre leur adaptation ou leur reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières". Il décide qu'en "jugant qu'il appartenait au directeur général du [CNG] de placer Mme X. dans une telle situation, au seul motif qu'elle ne pouvait être réintégrée à l'issue de sa période de disponibilité pour convenances personnelles", le tribunal administratif a commis une erreur de droit.

Au fond, le Conseil d'Etat constate qu'un emploi de direction a été "inscrit sur une liste des postes offerts au concours à l'issue de la scolarité à l'Ecole nationale de la santé publique publiée au Journal officiel du 27 octobre 2010, postérieurement à la demande de réintégration présentée par Mme X.", puis que "deux vacances d'emplois dans le même établissement ont été publiées le 12 décembre 2010 puis retirées le 24 décembre, alors que Mme X. avait fait acte de candidature, sans que l'administration ait justifié des raisons de ce retrait". Dès lors, "aucun motif tiré des nécessités du service n'étant invoqué par l'administration, Mme X., qui était placée en disponibilité pour convenances personnelles depuis moins de trois ans et qui avait présenté au moins deux mois avant l'expiration de sa période de disponibilité une demande en ce sens, avait un droit à être réintégrée". C'est pourquoi, "alors même que le directeur du centre hospitalier Y. n'avait pas proposé sa nomination, la directrice générale du [CNG] n'a pu légalement, par les décisions attaquées, refuser de réintégrer Mme X. au sein du centre hospitalier Y. et la maintenir en disponibilité pour convenances personnelles".

Pour conclure, le Conseil d'Etat décide que "l'annulation des décisions des 25 janvier et 22 février 2011 mentionnées ci-dessus implique nécessairement que Mme X. soit réintégrée à la première vacance de poste, sauf motif tiré des nécessités du service" : il enjoint à la directrice générale du CNG "de prendre les mesures nécessaires en ce sens".

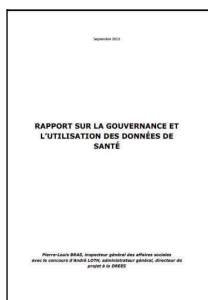
ORGANISATION DES SOINS

Soins de suite et de réadaptation – Admission – Objet de la prise en charge – Type de SSR requis - Consentement du patient

Outil d'aide à la décision pour l'admission des patients en soins de suite et de réadaptation de la Haute Autorité de Santé – Juillet 2013 - La Haute Autorité de Santé indique que "*le but de cet outil n'est pas de dresser l'ensemble de ces situations cliniques ou de ces pathologies, mais d'évaluer le besoin de prise en charge par une structure de SSR, que ce soit en hospitalisation complète ou partielle*". Ce document est une "*version pilote qui, pour être réellement opérationnelle, devra être validée sur un large échantillon de séjours*". Il se présente comme "*un algorithme décisionnel conçu comme une succession de filtres qui permettent, progressivement, de ne sélectionner que les patients pour lesquels une admission en SSR est a priori appropriée, sans présager de l'admission effective de ce patient, qui relève d'une appréciation plus fine de sa situation, et des places disponibles dans la structure de SSR au moment de l'admission*".

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

Système d'information - Données de santé - Anonymisation - Sécurité



Rapport de l'Inspection Générale des Affaires sociales - "La gouvernance et l'utilisation des données de santé" - Septembre 2013 - L'objet de ce rapport est de proposer des voies et moyens pour la mise en place d'un dispositif assurant à la fois "*une gouvernance d'ensemble des données de santé, et garantissant leur mise à disposition dans des conditions adaptées aux finalités poursuivies par les différents acteurs*". Le rapport présente d'abord les bases SNIIRAM (Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie) et PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), et souligne les difficultés juridiques et pratiques d'accès aux données, avant de mettre en avant les enjeux et principes directeurs d'un système d'information de santé garantissant la sécurité et la qualité des procédures.

MARCHÉS PUBLICS

Marchés publics - Exécution financière - Retard de paiement - Ordonnateur - Comptable public - Convention

Arrêté du 20 septembre 2013 portant application de l'article 12 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement - L'article 12 du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement fixe le délai d'intervention de l'ordonnateur et du comptable public ne relevant de la même personne morale (dix jours). Il prévoit toutefois la possibilité de préciser les modalités de leur coopération par un règlement conventionnel, sur la base d'un modèle fixé par arrêté du ministre chargé du budget. Le présent arrêté vient fixer ce modèle.

RÈGLEMENTATION SANITAIRE

Embryon humain – Cellules souches embryonnaires – Protocole de recherche – Conditions – Agence de biomédecine

[Loi n° 2013-715 du 6 août 2013](#) tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires (rectificatif).

Gestion du risque – ARS – Résultats Indicateurs – Cibles - Evaluation

[Instruction n°DSS/MCGR/2013/355 du 1er octobre 2013](#) relative à l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de gestion du risque en 2012 et à la fixation des objectifs pour 2013 - Cette instruction a pour objet, d'une part, de présenter les résultats des indicateurs associés à l'évaluation des programmes de gestion du risque (GDR) en 2012 et, d'autre part, de préciser les indicateurs et les cibles qui permettront d'évaluer ces mêmes programmes en 2013.

VIH – Prise en charge médicale – Recommandations



[Rapport du CNS et de l'ANRS « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Recommandations du groupe d'experts » – Septembre 2013](#) – Madame Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a confié le 19 novembre 2012 au professeur Jean-François Delfraissy, directeur de l'Agence nationale de recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS), et au professeur Patrick Yeni, président du Conseil national du Sida (CNS), la responsabilité de conduire l'actualisation des recommandations françaises de prise en charge des personnes infectées par le VIH. Il ressort du rapport qu'il faut dépister plus largement et traiter plus précocement. En effet le nombre de patients pris en charge a augmenté de 11 % entre 2008 et 2011 passant de 102 000 à 113 600 et pourrait encore augmenter avec l'amélioration du dépistage et l'élargissement des recommandations de traitement. Le groupe d'experts recommande ainsi *« d'améliorer le dépistage de l'infection par le VIH en réduisant le délai entre contamination et diagnostic et en réduisant les inégalités de dépistage entre les différents groupes et les différentes régions pour permettre la mise sous traitement de toutes les personnes vivant avec le VIH, ce qui conduirait à une amélioration de la santé des personnes atteintes et permettrait d'espérer un meilleur contrôle de l'épidémie ; de veiller à l'articulation entre diagnostic et prise en charge, pour diminuer le nombre de personnes diagnostiquées et non prises en charge ».*

Un des chapitres de ce rapport est consacré au *« désir d'enfant et grossesse »*. Sur ce point le groupe d'experts recommande *« d'adresser les personnes qui souhaitent avoir un enfant à une consultation préconceptionnelle spécialisée pour présenter aux couples le plus objectivement possible les différentes modalités de conception et leurs risques respectifs, en fonction de leur bilan de fertilité et de leur histoire VIH (procréation naturelle, l'auto-insémination, lorsque la femme est infectée par le VIH, l'AMP) ».*

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Centres hospitaliers universitaires - Patrimoine immobilier – Cour des comptes



Rapport de la Cour des comptes relatif à la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins – Octobre 2013 - La Cour des comptes a rendu public, le 2 octobre 2013, un rapport sur la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires (CHU) affecté aux soins. « *Les 30 CHU et les deux centres hospitaliers régionaux qui leur sont associés assurent 21 % de l'activité hospitalière totale. Leur patrimoine immobilier affecté aux soins a connu depuis les années 2000 une forte modernisation, encouragée notamment par les plans Hôpitaux 2007 et 2012. La Cour a cherché à apprécier s'ils avaient saisi l'occasion de cet effort d'investissement pour s'engager dans une dynamique globale de meilleure efficacité. A l'issue de son contrôle, elle constate que : - le suivi du patrimoine immobilier des CHU est encore insuffisant ; - sa gestion représente un levier majeur d'efficacité qui a été mal utilisé ; - l'efficacité de cette gestion doit être accrue par une plus grande formalisation de la stratégie et par un pilotage plus ferme de la part des instances régionales et nationales* » .

La Cour des comptes formule les 13 recommandations suivantes : - intensifier les travaux conjoints entre directeurs généraux et agents comptables de préparation à la certification des comptes des CHU, en les axant notamment sur le correct suivi des immobilisations (recommandation 1) ; associer rapidement l'ensemble des CHU au projet OPHELIE, outil national d'inventaire du patrimoine, afin de lever les éventuels obstacles à son déploiement (recommandation 2) ; conditionner strictement les aides à l'investissement hospitalier à des diminutions de capacité, à des réductions de surface et à des gains de productivité précisément documentés (recommandation 3) ; déterminer, pour tout projet d'investissement visant à la création d'unités dédiées à l'ambulatorio, un objectif cible de réduction des surfaces et des lits dédiés à la chirurgie conventionnelle (recommandation 4) ; mutualiser les expertises hospitalières en matière de normes pour contribuer plus activement au processus d'élaboration de celles qui ont un impact sur les établissements de santé (recommandation 5) ; intégrer, dans les schémas directeurs immobiliers des CHU, les opérations de mise en conformité à réaliser sur les bâtiments hospitaliers existants (nature, coût, priorisation) ainsi qu'un volet performance énergétique comprenant des objectifs précis et un calendrier cible pour 2020 (recommandation 6) ; mettre à jour le « guide d'accès à la réglementation et aux recommandations relatives à la construction et au fonctionnement technique des établissements de santé » (recommandation 7) ; rendre obligatoire, pour les CHU, la rédaction d'une annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements portant schéma directeur immobilier (recommandation 8) ; élaborer un schéma régional immobilier hospitalier à caractère opposable, articulé avec le projet régional de santé, dans un calendrier réaliste, en s'appuyant sur un état des lieux préalable (recommandation 9) ; donner les moyens juridiques aux ARS leur permettant de s'opposer à un projet d'investissement dont l'objet ou le dimensionnement ne sont pas conformes aux orientations régionales de l'offre de soins ou dont les gains d'efficacité qu'il autorise sont insuffisants (recommandation 10) ; publier rapidement les arrêtés visant à préciser l'article D. 6145-64 du code de la santé publique relatif au programme d'investissement (recommandation 11) ; conférer, au ministère de la santé et aux ARS, un accès libre à OSCIMES, nouvel outil d'observation des coûts de la construction hospitalière (recommandation 12) ; utiliser, dans le cadre de l'évaluation et de l'éventuelle contre-expertise des projets d'investissement, une grille d'évaluation contenant des critères éliminatoires (recommandation 13).

PUBLICATIONS AP-HP

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

