

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 03 au 31 mai 2016

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Organisation hospitalière	page 2
Personnel	page 6
Patient hospitalisé	page 16
Organisation des soins	page 17
Propriété intellectuelle—Informatique	page 19
Réglementation sanitaire	page 20
Sécurités techniques à l'hôpital	page 21
Commande publique	page 22
Psychiatrie	page 23
Publications	page 24

**Pôle de la Réglementation Hospitalière
et de la Veille Juridique**

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Sabrina GARCIA

Frédérique LEMAITRE

Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissements publics de l'Etat – Téléservices – Usagers – Saisine – Informatique et libertés

[Décret n° 2016-685 du 27 mai 2016](#) autorisant les téléservices tendant à la mise en œuvre du droit des usagers de saisir l'administration par voie électronique - Ce décret, applicable à l'Etat et à ses établissements publics à caractère administratif, « *aménage le cadre dans lequel ceux-ci peuvent créer et mettre en œuvre des téléservices tendant à leur saisine par voie électronique, dans le respect des prescriptions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés* ».

Haute Autorité pour la transparence de la vie publique - Déclarations d'intérêts - Situation patrimoniale - Télé-service

[Décret n° 2016-570 du 11 mai 2016](#) relatif à la transmission à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique des déclarations de situation patrimoniale et déclarations d'intérêts par l'intermédiaire d'un téléservice - Ce texte vient modifier le décret n° 2013-1212 du 23 décembre 2013 relatif aux déclarations de situation patrimoniale et déclarations d'intérêts adressées à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique pour rendre obligatoire la transmission par voie électronique de ces déclarations. Cette transmission s'effectuera par le téléservice ADEL mis en œuvre par la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique. Dans cette optique de dématérialisation des procédures, le décret supprime les formulaires de déclarations, auxquels il substitue une liste des éléments à déclarer, et renvoie à une délibération de la Haute Autorité le soin de préciser le format selon lequel les informations sont déclarées et, lorsque la loi le prévoit, rendues publiques. Publics concernés : membres du Gouvernement et du Parlement, membres des collèges des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes ; titulaires de fonctions exécutives locales ; représentants français au Parlement européen ; membres des cabinets ministériels et collaborateurs du Président de la République ; collaborateurs du président de l'Assemblée nationale et du président du Sénat ; personnes exerçant un emploi ou des fonctions à la décision du Gouvernement auxquels elles ont été nommées en conseil des ministres ; dirigeants d'entreprises et d'établissements publics ; citoyens et usagers des administrations.

Agence de biomédecine (ABM) – Missions

[Décret n° 2016-539 du 3 mai 2016](#) modifiant certaines dispositions relatives à l'Agence de la biomédecine - Ce décret précise les missions de l'Agence de la biomédecine en ce qui concerne la gestion du registre des donneurs de cellules souches hématopoïétiques (CSH) et d'unités de sang placentaire. A ce titre, il explicite le contenu des différentes activités que recouvre la mission de gestion de ce registre. Il donne une base juridique aux décisions tarifaires prises par l'Agence de la biomédecine dans le cadre de la gestion de ce registre. Dans un objectif de simplification administrative, il supprime enfin les projets de mise en œuvre de traitement de données à caractère personnel du champ des délibérations du conseil d'administration de l'Agence de la biomédecine.

Frais d'hospitalisation – Tarifs de prestations

[Décret n° 2016-650 du 20 mai 2016](#) portant encadrement de l'augmentation des tarifs de prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation - Ce décret fixe une limite maximale à l'augmentation des tarifs journaliers de prestations (TJP) servant, à titre transitoire, de base au calcul de la participation des assurés aux frais d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Hôpitaux de proximité – Financement

[Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016](#) relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement – Ce décret a pour objet de définir la notion d'hôpital de proximité, ses missions et les conditions d'éligibilité de ces établissements au financement dérogatoire prévu à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale. Il précise également les modalités de détermination de ce financement dérogatoire.

Etablissement de santé – Comptabilité analytique – Répartition des charges – Charges d'exploitation – Montant – Tableau

[Arrêté du 2 mai 2016](#) relatif au retraitement des données comptables de l'exercice 2015 des établissements de santé – Ce texte fixe le modèle du tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement. Ce tableau est élaboré par le directeur pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement. Ces éléments sont transmis au directeur général de l'Agence Régionale de Santé « *par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat. Pour l'exercice 2015, les données sont saisies dans le logiciel AR-CAnH-RTC et transmises par le programme informatique dénommé « e-RTC », mis à disposition par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation* ».

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – Etablissements de santé – Soins de suite et de réadaptation (SSR)

[Arrêté du 12 mai 2016](#) portant détermination pour 2016 de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

[Arrêté du 12 mai 2016](#) fixant pour l'année 2016 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

Etablissement de santé – Qualité et sécurité des soins – Indicateurs

[Arrêté du 3 mai 2016](#) fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé - L'arrêté du 20 février 2015 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins est abrogé. Il est précisé que les résultats des indicateurs mis à la disposition du public sont publiés chaque année sur le site internet d'information des usagers sur la qualité et la sécurité des prises en charge dans les établissements de santé, Scope Santé (www.scopesante.fr). La liste de ces indicateurs figure en annexe 2 de cet arrêté.

Evaluation des investissements hospitaliers - Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) – Schéma régionaux d'investissement en santé (SRIS) - Trajectoire financière

[Instruction n° DGOS/PF1/2016/132 du 22 avril 2016](#) relative à l'organisation des revues de projets d'investissement 2016 bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national – Cette instruction a pour objet de définir l'organisation des revues de projets d'investissement (RPI) 2016. Ces revues ont pour objectif de s'assurer du respect des engagements pris par les établissements de santé en matière de trajectoire opérationnelle et financière des projets d'investissement, en contrepartie du soutien financier consenti par l'Etat dans le cadre du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

Patients – Satisfaction – Evaluation régulière – Indicateur de mesure – Institut de sondage – Annulation

[Conseil d'Etat, 6 mai 2016, n°384071](#) - Le Conseil d'Etat rappelle dans sa décision que « *les dispositions impératives à caractère général d'une circulaire ou d'une instruction doivent être regardées comme faisant grief. Le recours formé à leur encontre doit être accueilli si ces dispositions fixent, dans le silence des textes, une règle nouvelle entachée d'incompétence ou si, alors même qu'elles ont été compétemment prises, il est soutenu à bon droit qu'elles sont illégales pour d'autres motifs* ». En l'espèce, le Conseil d'Etat a considéré qu' « *en imposant la réalisation de l'enquête de satisfaction par un institut de sondage indépendant de l'établissement de santé, sous forme d'entretiens téléphoniques, et en fixant les règles méthodologiques applicables, notamment pour le choix des patients, la taille de l'échantillon ou le nombre des questionnaires traités, le directeur général de l'offre de soins a pris des dispositions réglementaires qui excèdent le champ de la compétence dévolue au ministre chargé de la santé par l'article 1er du décret du 27 février 2014. Le ministre chargé de la santé ne tenait d'aucune autre disposition législative ou réglementaire, pas plus que de sa qualité de chef de service, le pouvoir d'imposer aux établissements de santé publics ou privés de telles prescriptions* ».

Par conséquent, « *la Fédération de l'hospitalisation privée - médecine, chirurgie, obstétrique n'est fondée à demander l'annulation de l'instruction du directeur général de l'offre de soins du 7 mars 2014 (portant sur la généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) au sein des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)) qu'en tant qu'elle a imposé aux établissements de santé de faire réaliser l'enquête de satisfaction prévue par le décret du 27 février 2014 par un institut de sondage indépendant, sous forme d'entretiens téléphoniques et selon les règles méthodologiques qu'elle décrit. Le moyen retenu suffisant à entraîner cette annulation, il n'est pas nécessaire d'examiner les autres moyens de la requête dirigés contre les mêmes dispositions* ».

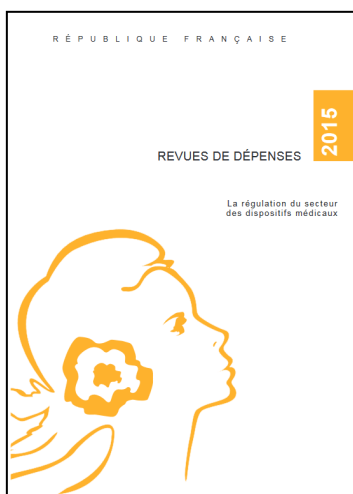
Etablissements publics de santé – Financement – Réforme – Rapport d'étape



[Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé - rapport d'étape](#) – Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une mission destinée à conduire une réflexion allant dans le sens de la volonté du ministère en charge de la santé de réformer « *progressivement et en profondeur le mode de financement des hôpitaux* ». Ce rapport analyse successivement les effets positifs historiques de la T2A (égalité de traitement entre établissements de même statut ; adaptation à l'activité ; soutien aux techniques et gestion ; responsabilisation des acteurs) ainsi que ses effets pervers désormais affirmés sur des aspects majeurs (temps de codage considéré comme trop long ; responsabilisation des soignants pouvant conduire à influencer leur démarche de soignant ; instabilité et complexité du système).

Sur la base de ce constat, le rapport présente 13 axes d'amendements du dispositif : la mise en place d'une dotation modulée à l'activité pour les hôpitaux et SSR de proximité ; l'instauration d'un financement par dotation modulée pour les unités de soins critiques ; la suppression des bornes basse et haute pour les soins palliatifs et l'instauration d'une dotation modulée à l'activité pour les équipes mobiles de soins palliatifs ; l'accompagnement de la modernisation du financement des SSR avec une dotation modulée à l'activité ; l'évolution du financement des urgences ; l'adaptation de la T2A à la nécessité de coopération entre les acteurs ; l'introduction d'une modulation du financement à la qualité ; la réécriture de la circulaire frontière ; l'instauration d'un tarif intermédiaire pour les consultations longues et pluri-professionnelles ; l'organisation d'une réflexion sur la définition des forfaits pour les prises en charge de pathologies chroniques médicales ; la définition de règles homogènes connues de tous avec une vraie instance d'arbitrage ; la simplification des règles de facturation ; l'affirmation du principe de la neutralité tarifaire et la normalisation des financements MIG.

Dispositif médical – Remboursement – Assurance maladie



[La régulation du secteur des dispositifs médicaux](#) – revue de dépenses 2015 – Les revues de dépenses « ont pour objectif explicite de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics ». Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une mission « qui visait à déterminer les mesures de régulation les plus adaptées pour contenir la dynamique d'évolution de la dépense remboursée de dispositifs médicaux, ». Deux pistes « ont été expertisées en priorité: la mise en place d'appels d'offres nationaux sur certaines catégories de dispositifs médicaux, d'une part; la transposition du taux L (anciennement taux K), outil de régulation macroéconomique des dépenses de médicament, au secteur du dispositif médical, d'autre part ». Ce rapport formule 27 propositions, après avoir constaté que « la dépense exhaustive totale relative à l'utilisation de dispositifs médicaux n'est pas connue, du fait de la multiplicité des circuits de consommation, de la diversité des univers de soins et des modes de prise en charge de ces produits ».

Haute Autorité de Santé (HAS) – Fiche mémo – Recommandations de bonne pratique – Sécurité des soins



[Guide méthodologique](#) de la Haute Autorité de Santé relatif aux méthodes d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence – Ce guide s'adresse aux professionnels « qui souhaitent connaître la méthode utilisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou développer des fiches mémo ou des fiches pertinences selon cette méthode ». Elles s'inscrivent « dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ».

PERSONNEL

Etudes de médecine – Etudes d’odontologie – Troisième cycle – Congé de maternité – Formation universitaire

[Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016](#) relatif à la prise en compte de la situation particulière de certains étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine et en troisième cycle long des études odontologiques dans le déroulement de leur formation universitaire en stage – Ce texte « *vise à prendre en compte la situation particulière de certains étudiants inscrits en troisième cycle des études de médecine ou en troisième cycle long des études odontologiques au cours de leur formation universitaire. Il prévoit : un allongement de la durée réglementaire pour valider le diplôme postulé lorsque l'étudiant est en congé de maternité, en congé de longue durée ou de longue maladie, en année de recherche ou en thèse de doctorat ; la prise en compte dans le calcul de l'ancienneté des stages non validés, lorsque l'étudiant est en état de grossesse, en congé de maternité ou atteint d'une affection pouvant donner lieu à un congé de longue durée ou de longue maladie ; la possibilité d'accomplir des stages en surnombre lorsque l'étudiant est en état de grossesse, en congé de maternité, atteint d'une affection pouvant donner lieu à un congé de longue durée ou de longue maladie ou qu'il est en situation de handicap. Enfin, il actualise et harmonise les dispositions du code de l'éducation et du code de la santé publique relatives à l'année de recherche* ».

Personnels de direction – Etablissements publics de santé – Hors-classe – Accès direct - Catégorie A – Praticien hospitalier - Candidature

[Avis](#) relatif à l'établissement des listes d'aptitude prévues par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié, portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction 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 au titre de l'année 2017 – L'article 10 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 dispose que « *peuvent accéder directement à la hors-classe [du corps des personnels de direction], dans la limite de 6 % des nominations [...], les fonctionnaires hospitaliers de catégorie A ayant atteint dans leur corps d'origine un grade dont l'indice terminal est au moins égal à l'indice brut 1015 ainsi que les praticiens hospitaliers ayant atteint le 6e échelon de leur grille de rémunération* ». Il en est de même « *dans la limite de 4 % des nominations prononcées* », pour les « *fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique de l'Etat et de la fonction publique territoriale ayant atteint dans leur corps d'origine un grade dont l'indice terminal est au moins égal à l'indice brut 1015* ». Cet arrêté vient préciser les modalités selon lesquelles les dossiers de candidatures doivent être adressés au Centre national de gestion.

Internes – Faisant fonction d’interne – Garde – Indemnité – Montant

[Arrêté du 20 mai 2016](#) relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne – Ce texte fixe le montant des indemnités forfaitaires de garde perçues par les internes et les faisant fonction d'interne (119,02€ la semaine et 130,02€ week-end et jours fériés). Lorsque les nécessités du service l'exigent, les internes et les faisant fonction d'interne peuvent assurer des gardes supplémentaires, en sus du service de garde normal. Dans ce cas, ils perçoivent, pour chaque garde ou demi-garde effectuée en sus du service de garde normal, une indemnité forfaitaire de garde supplémentaire de 130,02 € et de 65,01 € de demi-garde supplémentaire. Pour le travail supplémentaire effectué, lorsque la permanence des soins l'exige, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, l'interne ou le faisant fonction d'interne perçoit une demi-garde par demi-journée imputable sur les obligations de service. Ce travail doit figurer, assorti de la mention « continuité de service » (CS), sur les tableaux mensuels nominatifs de service et les tableaux de gardes et astreintes dressés par le directeur, après validation par la commission des gardes sur la demande motivée du chef de service ou de département.

Fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique - Sages-femmes – Diplômes

[Arrêté du 17 mai 2016](#) fixant la liste des diplômes ouvrant accès aux fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, sous l'autorité du directeur d'une structure de formation en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Est exigé, pour l'accès aux fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, sous l'autorité du directeur d'une structure de formation en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, l'un des diplômes suivants : 1° Diplôme de cadre sage-femme ; 2° Diplôme national de master dans une des mentions suivantes : économie de la santé, management public, droit de la santé, sciences de l'éducation, biologie santé, ingénierie de la santé, santé, santé publique.

Coordonnateur en maïeutique - Emplois fonctionnels – Diplômes

[Arrêté du 17 mai 2016](#) fixant la liste des diplômes ouvrant l'accès aux emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Est exigé pour l'accès aux emplois fonctionnels de coordonnateurs en maïeutique, en application de l'article 2 (1°) du décret du 23 décembre 2014, l'un des diplômes suivants :

1° Diplôme de cadre sage-femme ; 2° Diplôme national de master dans une des mentions suivantes : économie de la santé, management public, droit de la santé, sciences de l'éducation, biologie santé, ingénierie de la santé, santé, santé publique.

Etablissement public de santé – Praticien hospitalier – Concours national

[Arrêté du 4 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 29 juin 2007 pris en application des articles R. 6152-301 et suivants du code de la santé publique et relatif à l'organisation des épreuves du concours de praticien des établissements publics de santé.

Fonctionnaires civils – Indemnités – Abattement

[Décret n° 2016-588 du 11 mai 2016](#) portant mise en œuvre de la mesure dite du « transfert primes/points » - En application de l'article 148 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015, un abattement est appliqué sur tout ou partie des indemnités perçues par les fonctionnaires civils en position d'activité ou de détachement dans un corps, cadre d'emplois ou emploi ayant fait l'objet d'une revalorisation indiciaire visant à la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. Ce décret fixe les modalités de l'abattement appliqué sur tout ou partie des indemnités. L'abattement est mis en œuvre à compter de la date d'entrée en vigueur des revalorisations indiciaires visant à la modernisation des parcours professionnels, des carrières et des rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière – Catégorie A – Carrières

[Décret n° 2016-639 du 19 mai 2016](#) modifiant les décrets relatifs à l'organisation des carrières de certains corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière - Ce décret a pour objectif de modifier les modalités d'avancement d'échelon du corps des cadres de santé, des cadres de santé paramédicaux, des infirmiers en soins généraux et spécialisés ainsi que des ergothérapeutes de la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Il introduit à compter du 1er janvier 2017 des modifications dans l'organisation des carrières du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés et du corps des ergothérapeutes, avec notamment une modification du nombre d'échelons. Enfin, le décret mentionne les modalités de reclassement des membres du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés et du corps des ergothérapeutes en fonction des modifications apportées dans les grades au 1er janvier 2017.

Fonction publique hospitalière – Corps paramédicaux - Catégorie A– Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – Personnels infirmiers- Catégorie A– Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

Fonction publique hospitalière - Personnels infirmiers – Statuts

[Décret n° 2016-640 du 19 mai 2016](#) modifiant le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière – La mise en œuvre du protocole « Parcours professionnel, carrières, rémunération » vise, en premier lieu, à instituer un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique pour les quatre corps de personnels infirmiers et infirmiers spécialisés. A compter du 1er janvier 2017, s'agissant du corps des personnels infirmiers, le présent décret modifie la structure de carrière de ce corps, actualise les modalités d'avancement de grade, et mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans la nouvelle structure de carrière mise en place à cette date.

Fonction publique hospitalière – Infirmiers – Classement indiciaire

[Décret n° 2016-648 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire applicable aux fonctionnaires régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire des personnels infirmiers régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 (corps en extinction) pour les années 2016, 2017 et 2018 dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière – Catégorie A – Corps paramédicaux – Classement indiciaire

[Décret n° 2016-647 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire applicable aux corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire des corps paramédicaux de la catégorie A de la fonction publique hospitalière - à l'exception des corps d'infirmiers spécialisés régis par le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 - pour les années 2016, 2017, 2018 et 2019 dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière – Cadre socio-éducatifs - Statut

[Décret n° 2016-634 du 19 mai 2016](#) modifiant le décret n° 2007-839 du 11 mai 2007 portant statut particulier du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – Ce texte procède à la mise en œuvre, au bénéfice des membres du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. Il vise à instituer un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique.

A compter du 1er janvier 2017, le décret met en œuvre les dispositions afférentes à la nouvelle structure de carrière instaurée à cette date et dans le cadre de dispositions transitoires prenant effet au 1er janvier 2017, il mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans la nouvelle structure de carrière mise en place à cette date.

Fonction publique hospitalière – Cadres socio-éducatifs - Classement indiciaire

[Décret n° 2016-642 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire du corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire aux agents de catégorie A relevant de la filière socio-éducative pour les années 2016, 2017 et 2018 dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière – Cadres socio-éducatifs – Classement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – Catégorie B – Carrières

[Décret n° 2016-637 du 19 mai 2016](#) relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière - Ce décret procède à la mise en œuvre, au bénéfice de certains corps relevant de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. Le texte vise à instituer, à compter du lendemain du jour de sa publication, un cadencement unique d'avancement d'échelon, selon un cadre harmonisé entre les trois versants de la fonction publique. A compter du 1er janvier 2017, le décret adapte les dispositions relatives au classement des fonctionnaires de catégorie C accédant aux corps de la catégorie B précités et prévoit les règles de reclassement des agents concernés dans la nouvelle structure de carrière mise en place à cette date.

Fonction publique hospitalière – Catégorie B – Classement indiciaire

[Décret n° 2016-645 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire applicable à certains corps de la catégorie B de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire des corps régis par les dispositions statutaires communes inscrites dans le décret n° 2011-661 du 14 juin 2011, pour les années 2016, 2017 et 2018 dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière – Catégorie B – Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux corps régis par le décret n° 2011-661 du 14 juin 2011 modifié portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – Catégorie B – Personnels de rééducation - Personnels médico-techniques - Classement indiciaire

[Décret n° 2016-646 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire applicable aux corps des personnels de rééducation et des personnels médico-techniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire des corps des personnels de rééducation et des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière pour les années 2016, 2017 et 2018 dans le cadre de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière - Conseillers en économie sociale et familiale - Educateurs techniques spécialisés - Educateurs de jeunes enfants

[Décret n° 2016-635 du 19 mai 2016](#) modifiant le décret n° 2014-100 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des conseillers en économie sociale et familiale, du corps des éducateurs techniques spécialisés et du corps des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière et le décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – Ce décret procède à la mise en œuvre, au bénéfice de certains corps socio-éducatifs relevant de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Il vise à instituer un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique. A compter du 1er janvier 2017, le décret met en œuvre les dispositions afférentes à la nouvelle structure de carrière instaurée à cette date pour les corps concernés. Il actualise les modalités d'avancement de grade. Enfin, dans le cadre de dispositions transitoires prenant effet au 1er janvier 2017, il mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans la nouvelle structure de carrière mise en place à cette date.

Fonction publique hospitalière - Conseillers en économie sociale et familiale - Educateurs de jeunes enfants - Educateurs techniques spécialisés - Assistants socio-éducatifs – Classement indiciaire

[Décret n° 2016-643 du 19 mai 2016](#) relatif au classement indiciaire applicable aux corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs de jeunes enfants, des éducateurs techniques spécialisés, des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire des corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs de jeunes enfants, des éducateurs techniques spécialisés, des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière pour les années 2016, 2017 et 2018 dans le cadre de de la mise en œuvre du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Fonction publique hospitalière - Conseillers en économie sociale et familiale - Educateurs de jeunes enfants - Educateurs techniques spécialisés - Assistants socio-éducatifs – Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres des corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs techniques spécialisés et des éducateurs de jeunes enfants et des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – Personnels de rééducation médico-technique de la catégorie B

[Décret n° 2016-638 du 19 mai 2016](#) modifiant les décrets n° 2011-746 et n° 2011-748 du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels de rééducation et des corps médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière - Ce décret procède à la mise en œuvre, au bénéfice des corps relevant de la filière de rééducation et de la filière médico-technique de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique.

Il vise à instituer un cadencement unique d'avancement d'échelon, dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique. A compter du 1er janvier 2017, le décret met en œuvre les dispositions afférentes à la nouvelle structure de carrière instaurée à cette date : il adapte les dispositions relatives au classement des fonctionnaires de catégorie C accédant aux corps de la catégorie B précités. Il actualise les modalités d'avancement de grade pour ces corps. Enfin, dans le cadre de dispositions transitoires prenant effet au 1er janvier 2017, il mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans la nouvelle structure de carrière mise en place à cette date.

Fonction publique hospitalière - Personnels médico-techniques - Catégorie B – Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable au corps des personnels de rééducation et au corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

Pédicure-podologue – Diplôme d'Etat

[Arrêté du 19 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'Etat de pédicure-podologue.

Fonction publique hospitalière – Catégorie C – Carrières

[Décret n° 2016-636 du 19 mai 2016](#) relatif à l'organisation des carrières des fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière - Ce décret procède à la mise en œuvre, au bénéfice des corps relevant de la catégorie C de la fonction publique hospitalière, des dispositions du protocole relatif aux parcours professionnels, carrières et rémunérations et à l'avenir de la fonction publique. Il vise à instituer à compter du 1er janvier 2017 un cadencement unique d'avancement d'échelon dans le cadre d'un processus d'harmonisation des modalités d'avancement d'échelon entre les trois versants de la fonction publique. A compter du 1er janvier 2017, le décret met également en œuvre les dispositions afférentes à la nouvelle structure de carrière en trois grades instaurée à cette date et il actualise les modalités d'avancement de grade pour ces corps. Enfin, dans le cadre de dispositions transitoires prenant effet au 1er janvier 2017, il mentionne les règles de reclassement des agents concernés dans cette nouvelle structure de carrière en trois grades.

Fonction publique hospitalière – Catégorie C - Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 19 mai 2016](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – Catégorie C – Echelle de rémunération

[Décret n° 2016-644 du 19 mai 2016](#) instituant différentes échelles de rémunération applicables aux fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière – Ce décret fixe le classement indiciaire concernant les fonctionnaires de catégorie C de la fonction publique hospitalière relevant des trois filières soignante, ouvrière et technique. Il prévoit également une augmentation progressive de ce classement indiciaire au 1er janvier 2018, au 1er janvier 2019 et au 1er janvier 2020.

Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier – Statut

[Décret n° 2016-573 du 11 mai 2016](#) modifiant le décret n° 93-658 du 26 mars 1993 portant statut particulier du corps des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière - Ce décret permet de décliner, au bénéfice des membres du corps des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière, la réforme de la catégorie C de la fonction publique hospitalière mise en œuvre en février 2014 et janvier 2015. Il ajoute un nouvel échelon sommital, en accès linéaire. La durée moyenne du douzième échelon est de quatre ans.

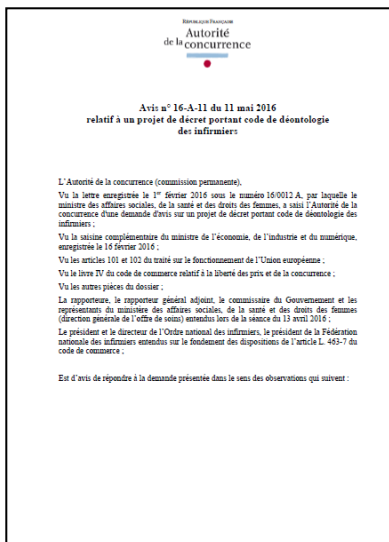
Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier – Classement indiciaire

[Décret n° 2016-575 du 11 mai 2016](#) modifiant le décret n° 2007-842 du 11 mai 2007 relatif au classement indiciaire applicable aux moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière – Ce décret modifie le bornage indiciaire du grade unique du corps des moniteurs éducateurs afin de prendre en compte, d'une part, une revalorisation des indices et, d'autre part, la création d'un treizième échelon.

Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier – Echelonnement indiciaire

[Arrêté du 11 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 21 août 2007 relatif à l'échelonnement indiciaire des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière.

Autorité de la concurrence – Code de déontologie des infirmiers



[Avis de l'Autorité de la concurrence n°16-A-11 du 11 mai 2016 relatif à un projet de décret portant code de déontologie des infirmiers](#) - L'Autorité de la concurrence a émis un avis défavorable au projet de décret portant création du code de déontologie des infirmiers, actuellement soumis à concertation. « *Saisie par le ministère de la santé, l'Autorité de la concurrence émet de fortes réserves sur plusieurs dispositions du projet de code de déontologie des infirmiers, rédigé par l'Ordre national des infirmiers. Le projet de code de déontologie retient souvent les dispositions les plus restrictives des codes de déontologie des autres professions de santé, dispositions que l'Autorité de la concurrence ou le Conseil avant elle avaient déjà pointées à l'occasion d'avis antérieurs. Or, compte tenu du besoin croissant de soins à domicile lié au vieillissement de la population et au développement des soins ambulatoires, il existe pour les infirmiers libéraux une opportunité pour développer leur activité. Le code de déontologie des infirmiers, qui constitue une innovation dans ce secteur, plutôt que d'être fidèle à des rédactions du passé, devrait s'adapter aux réalités et à l'avenir de la profession pour le bénéfice tant des patients que des professionnels. L'Autorité émet donc une série de recommandations pour faciliter l'exercice libéral de la profession d'infirmier tout en respectant les impératifs nécessaires de santé publique.* »

Etablissement public de santé - Etudes - Agents - Diplômes – Certificats

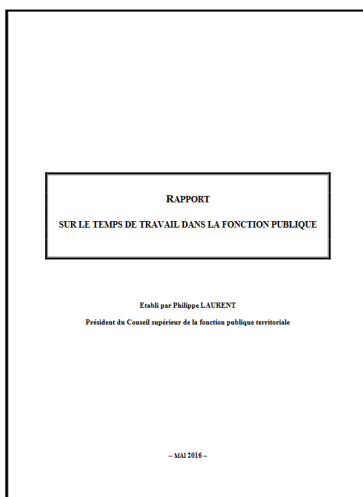
[Arrêté du 18 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Agent des services hospitaliers – Stage – Non-titularisation – Décision – Motivation – Insuffisance professionnelle

[Cour administrative d'appel de Douai, 28 avril 2016, n°15DA01606](#) - En l'espèce, Mme X a été nommée le 27 juin 2011 en tant qu'agent des services hospitaliers qualifié stagiaire au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à compter du 1er juillet 2011. Par une décision du 25 juin 2012, le directeur du centre hospitalier dont dépend cet établissement a mis fin à son stage et l'a radiée des cadres du personnel du centre hospitalier à compter du 1er juillet 2012. Pour confirmer, par un arrêt du 10 décembre 2013, le jugement du tribunal administratif de Lille du 17 avril 2013 annulant cette décision, la cour administrative d'appel de Douai a relevé que la directrice adjointe du centre hospitalier avait, par un rapport établi le 5 mai 2012 à la suite d'incidents survenus au cours des mois de mars et d'avril précédents, informé Mme X qu'en raison de ses aptitudes professionnelles jugées insuffisantes et des nombreux éléments et incidents l'impliquant, il ne serait pas donné suite à son stage après le 30 juin 2012 et en a déduit l'existence d'une décision, prise dès le 5 mai, de ne pas titulariser l'intéressée. Toutefois, par une décision du 1er octobre 2015, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêt du 10 décembre 2013 de la cour administrative d'appel de Douai, au motif qu'en statuant ainsi, alors qu'il ressortait des pièces du dossier qui lui était soumis que ce rapport, dont l'auteur n'aurait pas eu qualité pour prendre une telle décision, avait pour objet d'informer l'intéressée de la suite susceptible d'être donnée au stage qui prenait fin le mois suivant, la cour avait entaché son arrêt d'une erreur de qualification juridique. Par la même décision, le Conseil d'Etat a renvoyé le jugement de l'affaire à la cour administrative d'appel de Douai.

La Cour annule le jugement du Tribunal administratif de Lille en date du 17 avril 2013 en considérant notamment que « *le rapport (...) établi le 5 mai 2012 par la directrice adjointe du centre hospitalier à la suite de divers incidents survenus en mars et en avril 2012, avait pour seul objet de faire connaître à Mme X, compte tenu de la manière de servir qui avait été la sienne durant la période d'une année de stage probatoire qui lui avait été assignée, laquelle devait prendre fin le 30 juin 2012, l'intention de l'autorité investie du pouvoir de nomination quant à son éventuelle titularisation ; qu'ainsi, ce rapport ne peut être regardé comme révélant l'existence d'une décision, qui aurait été prise dès le 5 mai 2012, de ne pas titulariser l'intéressée ; qu'il suit de là que le centre hospitalier est fondé à soutenir que, pour annuler la décision contestée du 25 juin 2012, le tribunal administratif de Lille s'est fondé à tort sur le motif tiré de ce qu'en laissant Mme X terminer son stage le 30 juin 2012 tout en décidant, dès le 5 mai 2012, de ne pas la titulariser, l'établissement hospitalier n'aurait, en méconnaissance des dispositions précitées, pas placé l'intéressée dans des conditions lui permettant d'accomplir normalement la totalité de la durée de son stage et de faire la preuve de ses aptitudes à ses fonctions* ».

Fonction publique – Temps de travail – Négociations collectives – Cycle de travail – Missions de service public – Astreintes – Heures supplémentaires – Gestion du temps de travail – Badgeuse – Encadrement – Numérique – Télétravail



[Rapport sur le temps de travail dans la fonction publique](#) – « *Quinze ans après l'entrée en vigueur de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans la fonction publique (ARTT), le Premier ministre a souhaité qu'un bilan soit établi des pratiques mises en place par les employeurs ainsi que de leurs conséquences sur les obligations professionnelles des agents et sur les nécessités de service* ».

La première partie de ce rapport évoque « *un temps de travail régi par des règles très proches de celles du secteur privé et dont l'organisation a peu évolué* ». La mise en place de l'aménagement du temps de travail n'était au départ pas prévue dans la fonction publique. Concernant la fonction publique hospitalière, le rapport évoque des négociations précipitées ayant conduit à des accords inégaux : « *l'ajout successif de textes parfois disparates, sans stratégie de gestion des ressources humaines et surtout sans cohérence interne, conduit aujourd'hui à une réalité : presque aucun cycle de travail ne respecte toutes les règles (repos du dimanche, quatre repos hebdomadaires sur 14 jours, un week-end de repos sur deux, semaine de moins de 44 heures, semaine calendaire ou glissante)* ».

Une première proposition consiste donc à aligner le temps de repos quotidien minimum de la fonction publique hospitalière sur celui des autres fonctions publiques et de supprimer le jour de fractionnement.

La deuxième partie de ce rapport expose « *un temps de travail affecté par les particularités des missions et dont l'organisation n'est pas toujours adaptée aux besoins du service* ». Ainsi, 36,7% des fonctionnaires travaillent le dimanche même occasionnellement (64% dans la fonction publique hospitalière), pour 25,8% de salariés dans le secteur privé et 17,5% travaillent la nuit (32,3% dans la fonction publique hospitalière), pour 14,9% dans le secteur privé. « *Ces contraintes sont plus fréquentes dans l'hospitalisation, tant publique que privée, en raison de la nature différente des activités : ainsi, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les établissements privés, qui assurent au total 36% des séjours, prennent en charge 68% des séjours de chirurgie ambulatoire, activité qui ne nécessite pas de personnel de nuit, alors que les hôpitaux publics prennent en charge la majorité des diagnostics à fort taux d'hospitalisation complète (71% des séjours en hospitalisation complète contre 45% dans le privé). Le secteur public assure aussi 80% des urgences dont 94% pour les urgences pédiatriques* ». La principale modalité de compensation des contraintes des fonctionnaires hospitaliers « *n'a pas consisté en une rémunération complémentaire mais en une réduction du temps de travail* », ce qui « *aboutit à ce que les agents de nuit effectuent, selon les enquêtes, de 1 446 h 30 à 1 469 heures par an, et les agents en repos variables, de 1 530 heures à, plus fréquemment, 1 547 heures* ». Ces contraintes se traduisent par ailleurs par un

mécanisme d'astreinte, qui, concernant la fonction publique hospitalière, est « *un moyen indirect de pallier le manque d'attractivité des métiers de santé sous tension à l'exemple des infirmiers d'anesthésie, de bloc ou des cadres informatiques* », sans oublier le corps médical. Le rapport indique que la diversité des horaires répond également aux aspirations des agents, bien que « *les horaires sont très généralement imposés aux agents* » dans la fonction publique hospitalière. La mission relève que le travail en 12 heures « *suscite de nombreuses préoccupations : fatigue des personnels, surtout en cas de succession de trois jours de 12 heures, même si la doctrine médicale reste imprécise ; sécurité des patients, notamment si cette concentration de travail permet à certains agents de cumuler avec un emploi en intérim, ce qui est pourtant interdit ; difficultés à réaliser les transmissions entre équipes de jour et de nuit* ». La banalisation de ce cycle de travail dérogame « *n'est pas sans risque pour l'organisation collective du travail ce qui nécessite de fixer des règles précises et négociées* ». Enfin, la mission recense un stock important d'heures supplémentaires ni payées ni rémunérées : « *les établissements ne sont toujours pas en mesure, via leurs outils de suivi, de cerner les causes de ces dépassements (plannings générant « structurellement » des heures supplémentaires, mauvaise coordination entre personnel médical et non-médical, dépassement des horaires pour pallier une absence)* ». Est également évoqué le sujet des comptes épargne-temps, qualifiés de « *bombe à retardement* », peu d'établissements hospitaliers ayant choisi de transformer ces heures en jours de CET en fin d'année « *car cela les conduirait à provisionner les montants correspondants* ».

La dernière partie du rapport porte sur la gestion du temps de travail, notamment à travers le manque de lisibilité des dispositifs d'autorisations spéciales d'absence. Les débats relatifs à l'usage de la badgeuse sont exposés, étant noté que la culture du service public joue un effet déterminant : « *les agents du service public gardent ancrée en eux la volonté de répondre aux besoins de la collectivité, tout particulièrement en cas d'évènements graves ou imprévus* ». La responsabilité managériale concernant le contrôle du temps de travail est mise en avant, une « *nécessaire professionnalisation* » concernant « *d'ailleurs tous les niveaux hiérarchiques des administrations* » devant être axée sur les missions d'information et de formation sur les droits et obligations de chacun. Concernant le temps de travail de l'encadrement, le rapport relève « *un temps de travail excessif* » qui « *crée une situation inquiétante* » : le forfait « *a eu tendance à devenir extensible dans un système où le cadre seul présent en permanence, notamment en soirée, doit pallier les absences de ses subordonnés* ». Enfin, la mission estime que la révolution numérique impacte profondément le temps de travail : « *la montée continue du nombre de courriels quotidiens à traiter se traduit par une forme de sollicitation permanente qui a rendu poreuses les parois entre vie professionnelles et vie privée* ». Elle préconise à cet égard des expérimentations relatives à la maîtrise de la messagerie et des courriels et de former systématiquement les cadres au e-management. Enfin, le rapport évoque les craintes suscitées par le télétravail sur le collectif de service, avant de conclure sur le fait que « *le temps de travail ne doit plus être considéré comme une variable d'ajustement ou le palliatif d'autres problématiques* ».

Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) – Télétravail – Fonction publique



[Guide de la Direction générale de l'administration et de la fonction publique \(DGAFP\) « guide d'accompagnement pour la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique hospitalière »](#) - Mai 2016 – Ce guide fait suite à la parution du décret de février 2012 relatif à la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique. La DGAFP présente ce qu'est le télétravail, ses avantages, ses risques professionnels et psychosociaux. Par ailleurs, des fiches pratiques sont proposées, notamment sur les thématiques suivantes : les règles de remboursement des frais de déplacement et des frais de restauration applicables aux agents en télétravail ; l'auto-évaluation de l'agent et celle de l'encadrant ; un référentiel de formation de formateurs au télétravail.

PATIENT HOSPITALISÉ

Associations représentant les usagers – Agrément national

[Arrêté du 28 avril 2016](#) portant renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique - Est renouvelé pour cinq ans à compter du 23 juin 2016 l'agrément au niveau national de l'association Alliance du cœur : Union nationale des fédérations et associations de malades cardio-vasculaires. Est également renouvelé pour cinq ans à compter du 10 août 2016 l'agrément au niveau national des associations Union nationale des associations familiales (UNAF), GRANDIR, lutte, information, étude des infections nosocomiales et sécurité des patients (LIEN) et fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY).

Domiciliation - Aide médicale de l'Etat

[Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016](#) relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable - La loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) a unifié les régimes de domiciliation généraliste, d'une part, et d'aide médicale de l'Etat, d'autre part. Ces deux régimes de domiciliation sont désormais remplacés par un dispositif unique de domiciliation. Le présent décret définit ce nouveau régime de domiciliation.

Protection de la santé – Assurance maladie – Refus de soins



[Rapport du Défenseur des droits relatif aux droits fondamentaux des étrangers en France](#) - Le Défenseur des droits publie un document relatif aux droits fondamentaux des étrangers en France. « *Il entend, dans ce document, pointer l'ensemble des obstacles qui entravent l'accès des étrangers aux droits fondamentaux, en prenant appui sur les décisions de l'Institution mais en identifiant aussi de nouveaux problèmes juridiques* ».

ORGANISATION DES SOINS

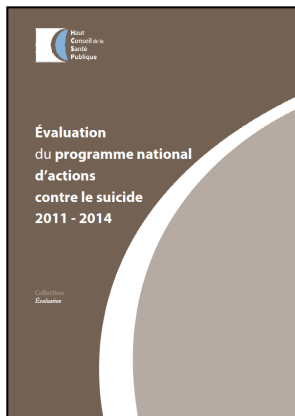
Télémédecine – Expérimentation – Région pilote – Cahier des charges

[Arrêté du 28 avril 2016](#) portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 – Ce texte arrête le volet du cahier des charges prévu à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 portant sur la réalisation de téléconsultations et de téléexpertises. « *Il est mis en œuvre par les agences régionales de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé, les structures d'exercice coordonné, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les organismes locaux d'assurance maladie des régions mentionnées dans l'arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il est également opposable aux professionnels de santé, organismes locaux d'assurance maladie et structures de prises en charge du patient dès lors que les actes de télémédecine sont réalisés par un professionnel de santé requis exerçant dans l'une des neuf régions précitées quels que soient le lieu de résidence du patient et le lieu d'exercice du médecin requérant* ». Ce texte abroge l'arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Permanence des soins – Centre régulateur – Service d'aide médicale urgente (SAMU) – Exercice libéral de la profession – Compétence – Juge judiciaire

[Tribunal des conflits, 6 mai 2016, n° C4046](#) - Le Tribunal estime que les litiges opposant un patient à un médecin libéral assurant la permanence des soins relèvent du juge judiciaire. En effet, « *les dispositions de l'article L. 6112-5 du code de la santé publique alors en vigueur, aujourd'hui reprises à l'article L. 6311-2 du même code, organisent un service d'aide médical d'urgence dont les missions, alors fixées par le décret du 16 décembre 1987 et aujourd'hui décrites à l'article R. 6311-2, sont d'assurer un accueil téléphonique permanent des patients et de déterminer et déclencher, dans les meilleurs délais, la réponse médicale adéquate aux appels reçus ; que ce service public, dont le fonctionnement relève du juge administratif, dispose, à cette fin, le cas échéant, de la possibilité de recourir à l'intervention des médecins qui, en application des dispositions de l'article R. 733 du code de la santé publique, devenu R. 6315-4 du même code, se sont portés volontaires pour participer à la permanence des soins ; que les interventions effectuées par ces médecins, à la demande du patient ayant contacté le centre régulateur du SAMU, ne constituent pas par elles-mêmes une mission de service public, mais une modalité d'exercice de la profession libérale de médecin ; qu'il n'appartient qu'aux juridictions judiciaires, en conséquence, de connaître des litiges entre un patient et le médecin participant à la permanence de soins et sollicité par le centre régulateur du SAMU* ».

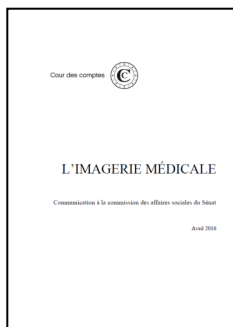
Haut conseil de la santé publique (HCSP) – Suicide – Programme d'action



[Haut conseil de la santé publique \(HCSP\) « Evaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 »](#) - « *Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a évalué le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014. Il existe selon les données épidémiologiques un lien étroit entre le suicide et la santé mentale. La situation touche de façon inégale la population et les différentes régions françaises. Les conclusions sont mitigées quant à l'impact du programme. On constate d'insuffisantes avancées sur la recherche et l'observation. Le ciblage des populations semble peu adapté, les populations à risque élevé, comme celles ayant déjà fait une tentative de suicide, n'étant pas les plus ciblées pour les actions. Le programme est construit en cohérence avec les modes d'intervention efficaces mis en évidence par l'Inpes. La démarche est bien entamée et doit être poursuivie sur plusieurs actions, notamment la sensibilisation des médias à la thématique du suicide. L'évaluation du HCSP porte en particulier sur les points suivants :*

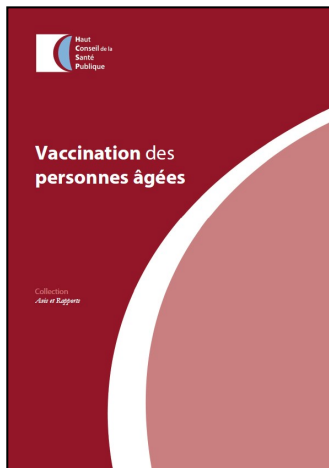
la pertinence des mesures et actions du programme au regard de ses objectifs, la gouvernance du programme, son pilotage, la mobilisation des acteurs, l'apport du programme dans la politique de prévention du suicide mise en oeuvre au niveau régional, la diffusion, l'appropriation des outils élaborés par l'Inpes, l'atteinte des objectifs, l'impact du programme. Le HCSP formule 9 recommandations générales pour repenser la lutte contre le suicide. Parmi celles-ci, promouvoir un double objectif de prévention générale et de prévention spécifique, inscrire la prévention du suicide dans le champ de la santé mentale, cibler les populations à risque. »

Imagerie médicale – Cour des comptes



[Rapport de la Cour des comptes « Imagerie médicale »](#) - Avril 2016 - La Cour des comptes rend public, le 11 mai 2016, un rapport sur l'imagerie médicale, demandé par la commission des affaires sociales du Sénat, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières. L'imagerie médicale, qui a participé activement au progrès médical depuis son invention à la fin du XIXe siècle et dont les techniques se sont diversifiées (radiographie, scannographie, échographie, IRM, scintigraphie), est confrontée aujourd'hui à de forts enjeux médico-économiques que les politiques de régulation ne permettent pas de traiter de façon satisfaisante. Pour mieux adapter les moyens aux besoins, la Cour préconise d'agir concomitamment sur trois leviers : améliorer la pertinence des actes et favoriser l'innovation en réallouant des ressources, réorganiser l'offre autour de mutualisations entre établissements de santé ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur libéral et, enfin, revaloriser l'imagerie hospitalière en introduisant plus de souplesse dans l'exercice des fonctions et dans les pratiques. La Cour formule huit recommandations.

Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) – Vaccination – Personnes âgées



[Rapport du Haut Conseil de la Santé publique relatif à la vaccination des personnes âgées](#) – Mars 2016 – « *Selon les projections démographiques, la part des 60 ans ou plus dans la population française devrait significativement augmenter jusqu'en 2035 passant de 21,7 % à 31 %. Les plus de 75 ans, qui constituaient 8,9 % de la population en 2007, représenteront 16,2 % de la population en 2060. Quant aux plus de 85 ans, leur nombre passera de 1,3 à 5,4 millions, soit quatre fois plus qu'aujourd'hui. Le risque infectieux et plus encore le risque d'infections graves augmente avec l'âge. Les personnes âgées fragiles ou dépendantes sont non seulement plus à risque de contracter une infection que les personnes âgées vigoureuses, mais aussi plus à risque de présenter des complications graves en cas d'infection. Ces éléments justifient de mettre à disposition des professionnels de santé un document pratique spécifiquement dédié à la vaccination des personnes âgées qui a pour principaux objectifs : de faire la synthèse des données épidémiologiques et immunologiques disponibles à ce jour concernant*

cette population ; de rappeler les recommandations vaccinales qui existent pour les personnes âgées non seulement en routine mais également dans des contextes particuliers (voyages, entrée en institution, existence de comorbidités...); de faire des propositions de communication pour améliorer la couverture vaccinale chez les personnes âgées, de leur entourage et des professionnels de santé qui les prennent en charge. »

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE—INFORMATIQUE

Données à caractère personnel – Libre circulation – Traitements – Règlement européen

[Règlement européen \(UE\) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE \(règlement général sur la protection des données\)](#) - « *La protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel est un droit fondamental. L'article 8, paragraphe 1, de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (...) et l'article 16, paragraphe 1, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne disposent que toute personne a droit à la protection des données à caractère personnel la concernant. Les principes et les règles régissant la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel les concernant devraient, quelle que soit la nationalité ou la résidence de ces personnes physiques, respecter leurs libertés et droits fondamentaux, en particulier leur droit à la protection des données à caractère personnel. Le présent règlement vise à contribuer à la réalisation d'un espace de liberté, de sécurité et de justice et d'une union économique, au progrès économique et social, à la consolidation et à la convergence des économies au sein du marché intérieur, ainsi qu'au bien-être des personnes physiques* ».

CNIL – Rapport d'activité – Année 2015



[Rapport d'activité de la CNIL](#) – 2015 – « *L'année 2015 est marquée par une forte augmentation de l'activité de la CNIL, avec 13 790 demandes provenant de particuliers : 7908 plaintes dont 36% concernent l'e-réputation et 5 890 demandes de droit d'accès indirect. Cette évolution témoigne de la volonté des citoyens de reprendre leurs droits en main au bénéfice de plus de transparence et de sécurité, notamment dans la gestion de leur e-réputation* ».

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Diagnostic prénatal – Evaluation – Qualité – Contrôle – Agence de la biomédecine

[Décret n° 2016-545 du 3 mai 2016](#) relatif à l'évaluation et au contrôle de qualité des examens de diagnostic prénatal mentionnés au II de l'article R. 2131-2-1 du code de la santé publique – Ce décret « a pour objet de donner compétence au ministre chargé de la santé pour arrêter, dans le cadre de l'évaluation et du contrôle de qualité de certains examens de diagnostic prénatal, les données que les biologistes médicaux doivent transmettre à l'Agence de la biomédecine, les modalités de cette transmission, les organismes bénéficiant de la mise à disposition de ces données, les modalités d'évaluation par l'Agence de la biomédecine ainsi que les destinataires de cette évaluation. Le présent décret tire ainsi les conséquences de la décision n° 370610 du 25 novembre 2015 par laquelle le Conseil d'Etat a annulé, avec effet au 1er juin 2016, l'arrêté du 27 mai 2013 en raison du défaut de base réglementaire permettant son édicition ».

Liste pathologies – Autotraitement - Déchets d'activité de soins à risque infectieux perforants

[Arrêté du 4 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 23 août 2011 fixant, en application de l'article R. 1335-8-1 du code de la santé publique, la liste des pathologies conduisant pour les patients en autotraitement à la production de déchets d'activité de soins à risque infectieux perforants – Ce texte complète la liste des pathologies conduisant pour les patients en autotraitement à la production de déchets d'activités de soins à risques infectieux perforants : hypercholestérolémie, arthrite juvénile idiopathique systémique, arthrite goutteuse. En conséquence, les publics concernés assurent la prise en charge de la collecte et du traitement des déchets d'activité de soins à risque infectieux perforants issus de ces produits de santé.

Don de sang – Donneur – Sélection – Questionnaire

[Décision du 27 avril 2016](#) fixant la forme et le contenu du questionnaire que remplit le candidat au don de sang en application de l'article R. 1221-5 du code de la santé publique – Cette décision précise que le questionnaire que doit remplir le candidat à un don de sang est composé d'une partie administrative dont le contenu figure à l'annexe I et qui comprend la fiche de prélèvement au verso de laquelle le candidat au don appose sa signature et d'une partie médicale dont le contenu figure à l'annexe II et qui comprend la liste des questions auxquelles le candidat au don doit répondre avant l'entretien préalable au don de sang. Elle entre en vigueur le 10 juillet 2016 et abroge la décision du 16 février 2009 modifiant la décision du 28 février 2006 modifiée fixant la forme et le contenu du questionnaire que remplit le candidat au don de sang en application de l'article R. 1221-5 du code de la santé publique.

[Décision du 19 mai 2016](#) modifiant la décision du 27 avril 2016 fixant la forme et le contenu du questionnaire que remplit le candidat au don de sang en application de l'article R. 1221-5 du code de la santé publique.

Etablissement de santé – Pratique de l'acte de « fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée » - Conditions

[Arrêté du 12 mai 2016](#) limitant la pratique de l'acte de « fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée » à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique - L'acte de fermeture de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée ne peut être réalisé que dans les établissements de santé répondant à l'ensemble des critères précisés par cet arrêté. Les contrôles du respect de ces critères par les établissements sont assurés par les agences régionales de santé (ARS). Les ARS contrôlent également que l'établissement de santé réalise au moins 25 fermetures de l'appendice auriculaire gauche par voie transcutanée sur douze mois. L'établissement de santé dispose d'un délai de trois ans à compter de la publication du présent arrêté pour atteindre ce seuil d'activité.

Trisomie 21 – Dépistage et diagnostic prénatals – Bonnes pratiques – Transmissions des données - Agence de la biomédecine (ABM)

[Arrêté du 11 mai 2016](#) modifiant l'arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 - L'annexe de l'arrêté du 23 juin 2009 est modifié notamment s'agissant de la transmission des données par les biologistes médicaux chargés du calcul de risque à l'Agence de la biomédecine (ABM).

Oxygène à usage médical – Dispensation à domicile – Bonnes pratiques

[Note d'information n° GS/PP3/2016/129 du 20 avril 2016](#) relative aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical - L'arrêté des bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical est paru le 22 juillet 2015. Elles sont applicables à compter du 22 juillet 2016. Cette note d'information a pour but de donner des précisions sur l'application de ces bonnes pratiques et de fournir des outils aux pharmaciens des ARS qui seront en charge de ce dossier.

SÉCURITÉS TECHNIQUES À L'HÔPITAL

Etablissements recevant du public (ERP) - Installations ouvertes au public - Agendas d'accessibilité – Contrôles – Sanctions

[Décret n° 2016-578 du 11 mai 2016](#) relatif aux contrôles et aux sanctions applicables aux agendas d'accessibilité programmée pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public - La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées impose aux établissements publics et privés recevant du public d'être accessibles avant le 1er janvier 2015. L'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées prévoit, en contrepartie de la mise en place d'un dispositif de contrôles et de sanctions, la mise en place d'un outil, l'agenda d'accessibilité programmée, autorisant à prolonger, au-delà de 2015, le délai permettant d'effectuer les travaux de mise en accessibilité des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Ce décret définit les procédures de ce dispositif de contrôles et de sanctions et, en particulier, la procédure de constat de carence qui peut amener à sanctionner les manquements aux engagements pris par le signataire dans l'agenda.

COMMANDE PUBLIQUE

Transport sanitaire privé – Etablissement de santé – Référentiel commun – Participation au service public hospitalier – Mission de service public – Absence

[Conseil d'Etat, 2 mai 2016, n° 381370](#) – Une société d'ambulance a signé le 15 février 2006 avec un centre hospitalier régional universitaire (CHRU) un document intitulé « *charte du tour de rôle des transports sanitaires privés agréés et des sociétés de taxis conventionnées* ». Par décision du 1^{er} février 2011, le directeur du CHRU a résilié l'adhésion de cette société à la charte et a mis fin à sa participation au tour de rôle instauré par le centre hospitalier. La société d'ambulance a contesté cette décision.

Le Tribunal a considéré, par un jugement du 1er octobre 2013, « *que la charte présentait le caractère d'un contrat de droit privé et en a déduit que la juridiction administrative était incompétente pour connaître du litige né de sa résiliation* ».

Par un arrêt du 14 avril 2014, la cour administrative d'appel, statuant sur la requête de la société d'ambulance « *a estimé que la charte faisait participer la société requérante au service public dont le CHRU avait la charge et présentait le caractère d'un contrat administratif* ».

Le Conseil d'Etat relève que la charte litigieuse ne comporte pas de dispositions relatives au transport des usagers vers le CHRU, y compris en urgence, ni à leur transport du CHRU vers d'autres établissements ou professionnels de santé au cours de leur prise en charge pour la réalisation d'actes médicaux. Elle a pour seul objet, dans le cadre de l'organisation par les usagers des modalités de leur sortie de l'établissement, de faciliter leur mise en relation, s'ils le souhaitent, avec des entreprises de transport privées, pour rejoindre leur domicile ou, le cas échéant, un autre établissement. Elle se borne ainsi à offrir la possibilité aux patients qui n'ont pas souhaité faire appel à un prestataire de transport particulier, d'avoir recours au centre d'appel de l'hôpital qui, selon un système de tour de rôle égalitaire, contacte les entreprises adhérentes, lesquelles s'engagent, en contrepartie, à répondre positivement à toutes les demandes de transport qui leur sont adressées dans ce cadre, sans pratiquer de sélection ou de discrimination. Ainsi, cette charte a pour seule finalité de permettre aux usagers qui le souhaiteraient d'accéder plus aisément au service d'un transporteur privé pour quitter l'hôpital. Elle n'a donc pas pour objet de confier aux cocontractants de l'administration l'exécution même du service public hospitalier, tel qu'il est défini par les chapitres I et II du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction alors en vigueur, ni de leur confier l'exécution d'une mission de service public que l'hôpital aurait entendu prendre en charge.

PSYCHIATRIE

Psychiatrie – Soins sous contrainte – Majeur protégé – Curateur – Information – Consentement – Obligation

[Cour de cassation, 16 mars 2016, n° 15-13745](#) – Mme X., placée sous curatelle, a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète à la demande d'un tiers. Le directeur de l'établissement en a demandé le maintien à un juge des libertés et de la détention, en application de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique. La Cour de Cassation rappelle que « *le curateur est informé de la saisine du juge des libertés et de la détention en charge du contrôle de l'hospitalisation sans le consentement de la personne sous curatelle et convoqué par tout moyen, à peine de nullité* ».

Pour rejeter l'exception de nullité pour défaut d'information et de convocation du curateur, l'ordonnance contestée retenait, par motifs propres et adoptés, que, si la curatrice et le tiers demandeur ont été avisés tardivement, cela ne porte pas véritablement atteinte aux droits de la défense, Mme X. ayant été convoquée dans un délai raisonnable et surtout, ayant été en mesure d'être assistée par un avocat de son choix, de sorte qu'aucun grief n'est caractérisé et qu'il appartient aux personnes concernées, le curateur et le tiers, de diligenter les contestations qu'ils jugeront nécessaires. Dès lors, en statuant « *par des motifs impropres à écarter la nullité résultant de l'irrégularité de fond que constitue le défaut d'information et de convocation du curateur, la cour d'appel a violé les textes susvisés* ».

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

