

A C T U A L I T É J U R I D I Q U E

du 04 au 18 décembre 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Organisation des soins | page 2 |
| Réglementation sanitaire | page 3 |
| Domaine public et privé | page 4 |
| Personnel | page 4 |
| Responsabilité médicale | page 7 |
| Patient Hospitalisé | page 8 |
| Publications | page 9 |

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Laura COURTOIS

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

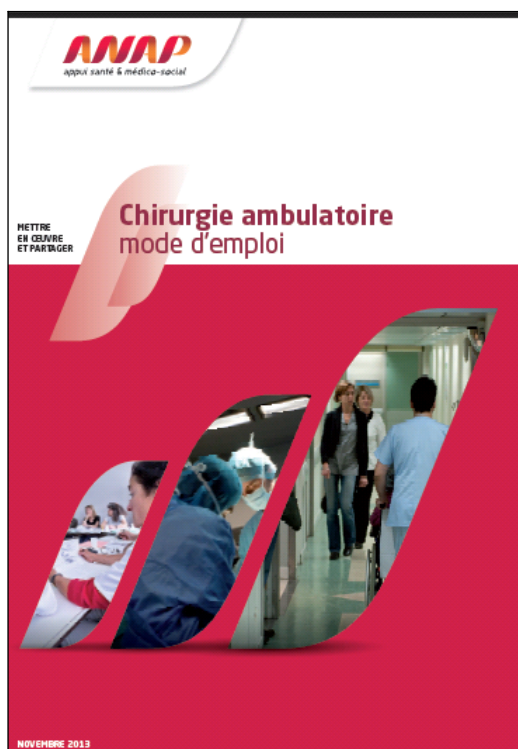
**Nous vous souhaitons
de très heureuses fêtes de fin d'année**

ORGANISATION DES SOINS

Hospitalisation à domicile - Offre de soins - Développement

[Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013](#) relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) - Cette circulaire s'inscrit dans la "*perspective du développement significatif attendu de l'hospitalisation à domicile à échéance de l'année 2018*". Il s'agit en effet de conforter l'HAD "*dans les territoires et travailler à rendre indiscutable sa pertinence*" dans les années à venir, afin de "*conduire à une amélioration de la prise en charge du patient, ainsi qu'à des gains d'efficacité pour l'assurance maladie*". Quatre objectifs sont donc fixés aux Agences Régionales de Santé : conforter la structure de l'offre HAD, améliorer l'accessibilité à l'HAD, renforcer la pertinence du recours à l'HAD, et affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) - Chirurgie ambulatoire - Développement - Guide



[Guide ANAP - "Chirurgie ambulatoire : mode d'emploi"](#) - Novembre 2013 - Ce Guide débute en rappelant que "*les impacts positifs de la chirurgie ambulatoire sont maintenant partagés par une majorité d'acteurs de la santé. Malgré ce constat, de nombreux freins à son développement subsistent en France, tant sur le plan culturel qu'organisationnel, et pour les lever, les pouvoirs publics ont impulsé et mis en oeuvre plusieurs dispositifs destinés aux établissements de santé*".

Dans le cadre de son partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ANAP indique avoir engagé quatre projets, destinés à permettre aux établissements de "*disposer d'un outil d'analyse prospectif des coûts*" (OPEERA2 - Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire), de "*fournir des productions à visée organisationnelle permettant l'adhésion des professionnels et des établissements de santé*", de "*faire progresser les régions ayant un fort potentiel en chirurgie ambulatoire*", et enfin d'accompagner vingt établissements de santé.

Ce Guide est construit "*autour de points forts tels que des solutions organisationnelles, des actions pour mener à bien les travaux, des fiches explicatives, des exemples d'indicateurs, des illustrations, des modèles de documents et des clés pour conduire le changement*".

Organisation des soins – Dépression – Etablissement de santé – Autorisation d'activité – Psychiatrie – Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P)

[Etude sur la prise en charge de la dépression dans les établissements de santé](#) – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) – n° 860 – décembre 2013 – Cette étude précise que « *les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16% des dépenses totales de santé en 2011* ». Si les patient recourent généralement à un médecin généraliste lors d'un épisode dépressif (21%), plus d'1,5 millions d'adultes ont « *été suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé [...] dont 75% ont eu exclusivement une prise en charge ambulatoire sous forme de consultations avec des professionnels de santé, interventions aux urgences, soins à domicile, etc.* », sauf pour des troubles sévères. L'étude indique en outre que « *72 % des patients suivis pour un épisode ou un trouble dépressif le sont dans un établissement public (contre 82 % des patients suivis en psychiatrie), 13 % dans les Espic (versus 12 %) et 15 % dans les établissements privés à but lucratif (versus 6%)* ». Elle aborde également la question de la durée moyenne de séjour et du taux de réadmission des patients.



Elle aborde également la question de la durée moyenne de séjour et du taux de réadmission des patients.

11638 - Droit des malades - Droit à l'information - Personne de confiance - Consentement aux soins

[Haute Autorité de Santé \(HAS\) - "Oser parler à son médecin"](#) - novembre 2013 – La HAS a élaboré une brochure, une affiche format A3 ainsi qu'un guide méthodologique, tous destinés à informer chaque patient de ses droits, en matière d'information médicale, d'accompagnement par une personne de confiance, et de consentement libre et éclairé aux soins, dans le cadre d'un échange transparent et confiant avec son médecin.



RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Sages femmes – Expérimentation – Maisons de naissance

[Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013](#) autorisant l'expérimentation des maisons de naissance - Ce texte prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de deux ans, le Gouvernement pourra autoriser sur une durée maximale de cinq années "la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique". Chaque structure devra être "contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication". Ces maisons de naissance ne seront pas entendues comme des établissements de santé au sens du Code de la santé publique.

Une liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner sera arrêtée conjointement par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, "en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci".

Les conditions de l'expérimentation - établissement de la liste des maisons de naissance autorisées, conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et conditions spécifiques de fonctionnement de ces maisons de naissance feront l'objet de précisions par décret en Conseil d'Etat.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Stratégie patrimoniale - Patrimoine immobilier hospitalier - Patrimoine désaffecté – Valorisation



[Guide ANAP - Dynamisation des actifs immobiliers des établissements sanitaires et médico-sociaux](#) - Décembre 2013 – L'objectif de ce Guide est de permettre aux établissements de santé et médico-sociaux de "s'engager dans une démarche de valorisation de leurs actifs immobiliers, qui consiste à veiller à ce que les actifs immobiliers contribuent en permanence de manière optimale aux objectifs stratégiques de service public des établissements". Dans ce cadre, l'ANAP présente ce guide comme étant un outil visant à "déterminer le montage qui permet de valoriser au mieux le patrimoine désaffecté et le transformer en un levier financier, tout en s'inscrivant dans une stratégie patrimoniale bien identifiée, pérenne et qui s'inscrit dans le projet stratégique de l'établissement". Son premier tome constitue une actualisation de la version élaborée par la Mission d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) en 2005. Son deuxième tome "explique la démarche de valorisation par le biais d'une étude de reconversion. Il contient des exemples de reconversion et de cession, indiquant les principales caractéristiques d'opérations de valorisation menées par des établissements hospitaliers". Son dernier tome est constitué d'annexes juridiques et techniques.

PERSONNEL

Fonction publique hospitalière – Agents contractuels - Conditions de travail - Suivi médical post-professionnel - Exposition - Agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction

[Décret n° 2013-1151 du 12 décembre 2013](#) relatif au suivi médical post-professionnel des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 exposés à un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction - Ce décret reconnaît un droit à un suivi médical post-professionnel, après la cessation définitive de leurs fonctions, au bénéfice des agents titulaires relevant de la fonction publique hospitalière, ainsi qu'à celui des agents contractuels, ayant été, dans le cadre de leurs fonctions, exposés à un agent cancérogène, mutagène ou toxique pour la reproduction.

Ces agents doivent être informés de ce droit par l'établissement dont ils relèvent au moment de la cessation définitive de leur activité. Par ailleurs, ces personnels ayant été susceptibles d'avoir été exposés à des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction avant l'entrée en vigueur de ce décret doivent être informés de ce droit par l'établissement dont ils relevaient au moment de la cessation définitive de leurs fonctions. Les agents admis à la retraite seront informés par le ministre chargé de la santé.

Ce décret organise par la suite les modalités de ce suivi médical, pouvant être assuré, au choix de l'agent, par tout médecin librement choisi par lui ou dans le cadre d'une consultation hospitalière. Il sera organisé sur la base d'une attestation d'exposition, délivrée de plein droit "au vu de la fiche d'exposition ou de la fiche de prévention des expositions".

A chaque changement d'établissement, un dossier individuel comportant l'ensemble des fiches d'exposition ou de prévention des expositions doit être transmis au médecin du travail de l'établissement d'accueil, sauf refus de l'agent, au préalable dûment informé.

Une copie intégrale de ce dossier est remise à l'agent au moment de la cessation définitive des fonctions.

Etudiants - Sages-femmes – Rémunération - Etablissement de santé support

[Arrêté du 28 novembre 2013](#) relatif aux conditions de rémunération des étudiants sages-femmes - Ce texte fixe la rémunération annuelle des étudiants sages-femmes. Elle est dorénavant est de 1 200 euros bruts (1ère année du deuxième cycle et de la deuxième phase) et de 2 400 euros bruts (2ème année du deuxième cycle et de la deuxième phase), à compter du 1er septembre 2013. Le versement de cette rémunération "*est effectué pour le compte de la structure dispensant la formation de sage-femme, école ou université par son établissement de santé support, qu'il soit ou non implanté sur le territoire de la commune où est située ladite structure*". Cet arrêté abroge l'arrêté du 3 janvier 2003 relatif aux conditions de rémunération des étudiants sages-femmes.

Contrat d'engagement de service public - Etudiants - Internes - Médecine – sélection - Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)

[Arrêté du 3 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation - Cet arrêté ajoute au texte initial que "*les listes principales et complémentaires des étudiants et des internes retenus en vue de la signature d'un contrat d'engagement de service public sont transmises par les directeurs d'unités de formation et de recherche de médecine au directeur général du Centre national de gestion avant le 15 janvier de chaque année*".

Fonction publique - Agents contractuels – Organisation et suivi des recrutements réservés – Droits des agents

[Instruction n° DGOS/RH4/2013/392 du 28 novembre 2013](#) relative à la mise en œuvre 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, et à son suivi - Cette instruction a pour objet de préciser les modalités pratiques de suivi du dispositif ouvrant des recrutements réservés aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière, issu du décret n° 2013-121 du 6 février 2013. Elle précise que ce suivi nécessite "*une bonne coordination*" tant au niveau central (national et régional), qu'au niveau de chaque établissement. Un comité de suivi "*regroupant les organisations syndicales signataires du protocole du 31 mars 2011*" portant sécurisation des parcours des agents contractuels doit être créé. En outre, doit être annuellement établi un bilan annuel, portant sur un certain nombre d'informations détaillées dans l'instruction, et recueillies par la plateforme de l'observatoire national des ressources humaines du système de santé. L'instruction évoque également les cas particuliers des attachés d'administration hospitalière, et des agents sujets à des problèmes de santé ou de handicap. Enfin, cette instruction comporte en annexe la liste de arrêtés pris en application du décret n° 2013-121 du 6 février 2013, ainsi que trois fiches pratiques relatives à l'accès des personnels contractuels à l'emploi titulaire, à la transformation des CDD en CDI, et à l'encadrement des cas de recours à des agents contractuels dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Médecin vacataire – Emploi hospitalier – Psychiatrie – Préjudice de carrière

[Conseil d'État, 20 novembre 2013, n° 352403](#) - Mme X., employée depuis 1978 comme médecin vacataire en psychiatrie, a été nommée praticien des hôpitaux à temps partiel à compter du 1er mai 1995. Elle a exercé contre l'Etat un recours indemnitaire au titre du retard avec lequel le décret du 27 janvier 1993 relatif à l'accès des médecins vacataires aux emplois hospitaliers est intervenu. Ce décret, pris en application de l'article 14 de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, devait définir les conditions de recrutement et de rémunération des médecins.

Le tribunal administratif a condamné l'Etat à réparer la perte de rémunération, les troubles dans les conditions d'existence ainsi que le préjudice de carrière évalué jusqu'au 19 février 2004, jour du jugement. Souhaitant obtenir réparation de son préjudice de carrière subi pendant les années ultérieures au jugement, la requérante a fait appel de l'ordonnance du tribunal. La Cour administrative d'appel de Paris a rejeté la nouvelle demande de réparation de la requérante, estimant qu'elle se heurtait à l'autorité de la chose jugée.

Le Conseil d'Etat statue quant à lui en faveur de la requérante. Il affirme qu'elle peut présenter une nouvelle demande indemnitaires pour le préjudice de carrière subi pour la période ultérieure au jugement du tribunal, puisque son préjudice a depuis acquis un caractère certain.

Congés pour raison de santé – Fonctionnaire – Agent contractuel

[Conseil d'Etat, 4 décembre 2013, n°357549](#) - L'union fédérale des cadres des fonctions publiques – CGC demande l'annulation pour excès de pouvoir de la circulaire du ministre de la fonction publique et du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat en date du 18 janvier 2012 et relative aux modalités de mise en œuvre des dispositions énoncées à l'article 115 de la loi n°2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

Ces dispositions ont mis un terme à la règle selon laquelle, pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, les agents en congé de maladie avaient droit à des journées de repos à proportion des journées de repos auxquelles ils auraient eu droit s'ils avaient été présents à leur poste de travail.

La requête est rejetée, le Conseil d'Etat considérant que « *la circulaire attaquée se borne, d'une part, à rappeler les catégories d'agents et les situations d'absence mentionnées à l'article 115 de la loi de finances pour 2011 et à indiquer que ces dispositions s'appliquent aux congés pris après le 30 décembre 2010, date d'entrée en vigueur de la loi de finances pour 2011, d'autre part à rappeler les différents cycles d'organisation du travail possibles et à exposer, en l'illustrant par des exemples, le dispositif résultant de ces dispositions, qui consiste à retirer une journée de repos dès que l'absence dépasse le rapport entre le nombre de journées de repos et le nombre de jours ouvrables au titre d'une année civile ; la circulaire attaquée n'a, dès lors, qu'un caractère interprétatif ; que le moyen tiré de ce qu'elle comporterait des dispositions qui ajoutent à l'article 115 de la loi de finances pour 2011 ou qui sont de nature réglementaire ne peut, par suite, qu'être écarté* ».

Agent contractuel – Tuberculose – imputabilité au service

[Cour administrative d'appel de Paris, 12 novembre 2013, n°13PA00131](#) - Monsieur X, agent contractuel d'un établissement de santé de mai 2004 à septembre 2010, relève appel du jugement du Tribunal administratif de Paris en date du 31 mai 2012 qui a rejeté sa demande tendant à titre principal à la condamnation de cet établissement à lui verser une somme mensuelle de 3000 euros en réparation du préjudice subi du fait de l'imputabilité au service de la tuberculose dont il est atteint, ainsi qu'une somme de 25000 euros à titre de rappels de rémunérations pour les années 2007 à 2010.

La cour administrative d'appel de Paris rejette la requête en considérant notamment que « *s'il est constant que Monsieur X a bénéficié d'un congé de grave maladie de septembre 2007 à septembre 2010 en raison d'une tuberculose disséminée, il ne résulte par de l'instruction que [...] le requérant ait contracté une telle pathologie dans l'exercice de ses fonctions, le requérant se bornant à produire des pièces qui décrivent sa pathologie sans se prononcer sur son origine [...]* ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité médicale – Perte de chance – Prise en charge par le SAMU et un centre hospitalier

[Cour administrative d'appel de Douai, 21 novembre 2013, n°12DA01831](#) - Monsieur X était suivi depuis 1996 au centre hospitalier Y. pour des troubles sévères du rythme cardiaque et une dysplasie arythmogène ventriculaire droite diagnostiquée en septembre 2002, y a été à nouveau hospitalisé le 12 avril 2003 en raison d'un malaise d'origine cardiaque et en est sorti le 17 avril 2003 dans l'après-midi. Au cours de la nuit suivante, il a été victime d'un nouveau malaise et est décédé d'un arrêt cardio-circulatoire, malgré l'intervention à son domicile du SAMU rattaché au centre hospitalier Y.

Madame X a recherché la responsabilité de ce centre hospitalier en invoquant des fautes commises lors de la prise en charge de son mari au sein de l'établissement et lors de l'intervention du SAMU ; Le centre hospitalier X a relevé appel du jugement du 23 novembre 2007 par lequel le Tribunal administratif de Lille l'a condamné à verser à Madame X une somme de 265 830 euros en réparation des préjudices ayant résulté pour elle du décès de son époux à raison de la faute commise par les médecins en ne proposant pas à Monsieur X l'implantation d'un défibrillateur tout en écartant l'existence d'une faute du SAMU. Par une décision du 12 décembre 2012, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêt du 19 octobre 2010 de la Cour administrative d'appel de Douai en tant qu'il a retenu une perte de chance d'éviter le décès de Monsieur X de 50% faute de lui avoir proposé l'implantation du défibrillateur, et a fixé le montant de l'indemnité due à la somme de 133 865 euros sans répondre à l'argumentation de Mme X selon laquelle les fautes commises par le SAMU lors de son intervention dans la nuit du 17 au 18 avril 2003 avaient également compromises les chances de survie de Monsieur X.

La Cour administrative d'appel de Douai conclut que la perte de chance d'éviter le décès de Monsieur X doit être portée de 50% à 70% en retenant que « *l'équipe du SAMU dépêchée au domicile de Monsieur X ne disposait pas d'un médecin qualifié au regard de sa pathologie alors qu'il est constant que le médecin régulateur avait été informé par l'intéressé qu'il souffrait de tachycardie ventriculaire et qu'il avait quitté le service de cardiologie du Centre hospitalier Y dans l'après-midi ; en outre, cette absence de médecin qualifié a conduit à retarder la pose d'un diagnostic adéquat et la mise en œuvre des soins adaptés* ».

Défaut de surveillance – Décès – Obligation de moyens

[Cour administrative d'appel de Nantes, 20 juin 2013, n°12NT01581](#) - Un patient chute de son lit après une grave intervention et décède peu après. La Commission de conciliation et d'indemnisation considère que le décès du patient trouve son origine dans un défaut de surveillance du centre hospitalier de nature à engager sa responsabilité à hauteur de 25%. Mécontents de l'offre indemnitaire de l'assureur de l'hôpital, les ayants-droit saisissent le Tribunal administratif, lequel estime que la responsabilité de l'établissement ne peut pas être recherchée pour défaut de surveillance. En effet, le patient a été laissé dans son lit équipé de barrières protectrices, d'une sonnette d'appel et des rondes régulières étaient effectuées par l'équipe médicale. La Cour d'appel confirme cette position et soutient que l'hôpital n'a commis aucune faute.

Démographie médicale - Atlas Régionaux - Ile-de-France



[La démographie médicale en Ile-de-France - Situation en 2013](#) - Conseil National de l'Ordre des médecins - A partir des chiffres du Tableau de l'Ordre des médecins au 1er juin 2013, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a rédigé les déclinaisons régionales de son Atlas national de la démographie médicale. Il annonce que " *chaque Atlas régional constitue donc une base de données unique permettant aux élus locaux, en collaboration avec les conseils départementaux et régionaux, d'appréhender de manière efficiente la problématique de l'accès aux soins*".

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) - Etablissement de santé - Absentéisme - Motifs - Evolution



[Enquête "Absentéisme et rotation du personnel des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2011"](#) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) - décembre 2013 - Cette étude a été réalisée sur "la base des données des 595 établissements ayant répondu à l'enquête Absentéisme et rotation du personnel 2011, représentant 72% des établissements publics de plus de 300 agents enquêtés". En premier lieu, l'Agence étudie les taux d'absentéisme, de rotation des personnels et de départs volontaires en 2011. Le taux d'absentéisme global (motifs médicaux, maternité, paternité et adoption) s'élevait en 2011 à 6,9%, dont 7,2% pour les personnels non médicaux, et 2,6% pour les personnels médicaux. Le taux de rotation des personnels des CHU est le plus faible (8,3%). En second lieu, l'enquête de l'ATIH analyse l'évolution du taux d'absentéisme des personnels médicaux et non médicaux entre 2010 et 2011.

PATIENT HOSPITALISÉ

Fin de vie - Directives anticipées - Soins palliatifs - Assistance au suicide - Exception d'euthanasie - Sédation - Éthique - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)

[Avis de la Conférence de citoyens sur la fin de vie](#) - décembre 2013 - Dans le cadre des débats relatifs à la fin de vie, la Conférence de citoyens, composée d'un panel de dix-huit personnes retenues par l'Ifoip a rendu un avis se prononçant pour la légalisation du suicide assisté, sous conditions, ainsi que pour la création d'une "exception d'euthanasie". Sont notamment proposés le développement des soins palliatifs, "érigés en cause nationale", la "mise en place d'un fichier informatique national" recensant et centralisant les directives anticipées rédigées par les patients, ainsi que l'autorisation de la sédation en phase terminale et dans le cadre d'un échange et d'une écoute du patient quand cela est possible, sinon de son entourage.

Mineur - Justice - Audition - Témoignage - Procédures judiciaires



["L'enfant et sa parole en justice"](#) - Rapport 2013 consacré aux droits de l'enfant - Défenseur des droits - Le thème retenu pour le rapport 2013 du Défenseur des droits consacré aux droits de l'enfant porte sur la parole de l'enfant en justice. Le rapport évoque le fait que "des mesures particulières et protectrices doivent être mises en place par les pouvoirs publics pour le recueil de la parole de ces enfants". Cela passe "par un lieu dédié et non anxiogène", le choix d'interlocuteurs particulièrement formés, et la mise à la disposition des enfants de "documents de nature diverse adaptée à leur âge [...] pour leur apporter toutes les explications nécessaires sur les raisons de leur audition et l'usage éventuel qui peut en être fait". Ce rapport formule dix propositions, tenant tant à la création d'une "présomption de discernement" pour les mineurs qui demandent à être entendus, à la mise en œuvre d'un statut juridique spécifique et précis de l'enfant témoin, ou encore à la valorisation de la présence d'un avocat formé aux droits de l'enfant "aussi bien, devant le juge aux affaires familiales qu'en matière d'assistance éducative".

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

