

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 30 avril 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Responsabilité médicale	page 4
Personnel	page 5
Patient Hospitalisé	page 10
Organisation des soins	page 12
Coopération à l'hôpital et associations	page 13
Réglementation sanitaire	page 13
Domaine public et privé	page 13
Publications	page 14

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

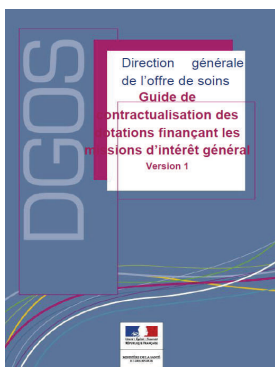
ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissements de santé - Campagne tarifaire – 2013

[Circulaire n°DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013](#) relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé - Cette circulaire fixe les ressources d'assurance maladie des établissements de santé et précise ainsi les conditions d'allocation des ressources complémentaires destinées à ces mêmes établissements.

Missions d'intérêt général – Dotation – Financement

Canicule – Plan national 2013



[Circulaire n°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013](#) relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général – Est annexé à cette circulaire le nouveau guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, qui annule et remplace celui de 2008. Ce guide fait un rappel de ce que recouvre la notion de MIGAC que « *des principales étapes de cette contractualisation et propose des exemples de documents d'aide à la préparation de la contractualisation (avenant type...) ainsi que des fiches sur l'ensemble des MIG. Ces fiches font état du cadre juridique des MIG, du périmètre de financement ainsi que des critères de compensation associées à chaque mission.* »

[Instruction interministérielle n° DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGSCGC/DGT/2013/152 du 10 avril 2013](#) relative au Plan National Canicule 2013 – Cette circulaire introduit le Plan National Canicule 2013 (PNC 2013). Elle précise les objectifs, les différents niveaux du PNC 2013 et les mesures de gestion qui s'y rapportent ainsi que le rôle des différents partenaires.

Observatoire des risques médicaux – Rapport annuel – 2012



[Rapport annuel de l'Observatoire des risques médicaux \(ORM\) 2012](#) – Ce rapport de l'ORM fait la synthèse de plus de 7306 dossiers d'accidents médicaux dont le montant global de préjudice a été égal ou supérieur à 15 000 € clôturés entre 2006 et 2011, pour une charge globale de 821 154 359 euros. 67 % des dossiers enregistrés dans la base de données de l'ORM sont issus des assureurs. Le taux des dossiers issus de l'ONIAM est 31 %. La majorité des dossiers concernent des accidents médicaux en établissement (84%). Le rapport précise que « *les actes de soins restent la première cause d'accidents (84% des cas). Les actes non fautifs (aléa) restent encore les plus nombreux (31% des dossiers), devant les actes techniques fautifs (29% des dossiers). Les infections nosocomiales représentent 18% des dossiers indemnisés : dans 73% des dossiers par les assureurs et dans 22% des cas par l'ONIAM. Mais le montant indemnitaire global (99 millions d'euros) est supporté à 59% par les assureurs et à 38% par l'ONIAM.* »

Tarification à l'activité – Productivité – Qualité des soins



Etude de l'IRDES, Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A, avril 2013 - Ce document de travail de l'IRDES a pour objet de fournir des éléments chiffrés et d'analyser les « effets de la réforme de la T2A sur l'activité, la productivité et la qualité des soins hospitaliers », à travers « une série d'indicateurs estimés annuellement sur la période 2002-2009 ». Cette étude souligne « une tendance à la hausse de la productivité (rapport entre la production et les ressources employées) depuis 2004 » dans le secteur public, augmentation touchant « tous les types d'activité (séances, séjours d'hospitalisation complète et ambulatoires en médecine, chirurgie et obstétrique) », sachant que « la hausse la plus forte a concerné la chirurgie, avec une augmentation de 15 % des séjours chirurgicaux depuis 2005 ».

EHPAD - Hébergement temporaire – Rapport d'activité - Compte administratif de clôture – Tableau de bord – Année 2012

Arrêté du 9 avril 2013 portant application du I de l'article R. 314-50 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire et pour lesdits établissements exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée - Ce texte précise que le rapport d'activité joint au compte administratif de clôture des EHPAD autorisés à exercer une activité d'hébergement temporaire, et des EHPAD exerçant une activité de pôle d'activités et de soins adaptés ou d'unité d'hébergement renforcée "comprend notamment un tableau de bord". Une annexe en précise le contenu. Par ailleurs, l'arrêté prévoit que la saisie des données a lieu "au moyen d'un site internet de collecte" et qu'elles font « l'objet d'un renseignement du fichier national des établissements sanitaires et sociaux avant le 31 décembre 2012 ». Ce tableau de bord devra être saisi « durant la période du 29 avril au 13 juillet 2013 pour des données d'activité de l'année 2012 ».

SSR - Données d'activités médicales - Données - Traitement

Arrêté du 4 mars 2013 modifiant l'arrêté du 30 juin 2011 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique

Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) – Modèle

Arrêté du 10 avril 2013 fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – Est annexé à cet arrêté le modèle des documents de présentation de l'EPRD pour l'exercice 2013. Cet arrêté abroge l'arrêté du 26 avril 2012 fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Soins infirmiers - Responsabilité

Tribunal administratif de Melun, 1er mars 2013, n°0906637/1 - En l'espèce, un enfant est emmené aux urgences d'un établissement de santé par ses parents le 25 novembre 2007 pour des ongles incarnés des deux gros orteils alors qu'il est âgé de dix huit jours seulement. Un panaris et un début de varicelle sont diagnostiqués et il est procédé lors de son hospitalisation à des soins par compresses et pose de pansements locaux. Le nourrisson quitte l'hôpital quelques jours plus tard, puis est hospitalisé de nouveau, son état de santé ne s'améliorant pas.

Une ostéomyélite tibiale gauche à staphylocoques dorés est finalement diagnostiquée le 28 décembre 2007. L'enfant est pris en charge et hospitalisé jusqu'au 10 janvier 2008.

Le tribunal administratif de Melun condamne l'établissement de santé considérant qu'il résulte de l'instruction, notamment du rapport d'expertise du 3 octobre 2012, que "si la varicelle a été correctement traitée, il y a eu une négligence dans la prise en charge des ongles incarnés car les soins locaux prescrits n'ont pas été suffisants et l'intervention chirurgicale pour drainer la collection du gros orteil droit n'a pas été faite : l'évolution s'est compliquée d'une ostéomyélite du tibia avec atteinte du cartilage de croissance. Si des soins corrects avaient été effectués sur les ongles incarnés, l'ostéomyélite aurait pu être évitée : la perte de chance est évaluée à 50 %".

Chute - Enceinte hospitalière – Responsabilité

Tribunal administratif de Paris, 12 mars 2013, n°1120601/6-2 - M. X a été opéré le 9 janvier 2007 d'un canal lombaire étroit à l'hôpital Y et a chuté de sa hauteur le 15 janvier 2007 lors d'un examen radiologique. Cette chute a entraîné une contusion dorsale et un hématome, ainsi que des douleurs, à l'origine de la prolongation de son hospitalisation.

Le Tribunal administratif de Paris retient la responsabilité de l'établissement de santé, la chute dont a été victime M. X résultant d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service : "*compte tenu de son âge, de son état de santé caractérisé par un état de dépendance et de ce qu'il avait subi, six jours avant, une opération du rachis, le manipulateur ne pouvait se borner à lui demander s'il était capable de se tenir debout*" "*sans même procurer au patient un matériel adapté d'aide à l'autonomie*".

Responsabilité hospitalière – Reports successifs d'une opération – Absence de faute

Tribunal administratif de Melun, 15 février 2013, n° 0807075/1 – En visite chez sa fille, M. X a été victime en mars 2005 d'une syncope révélant une pathologie sévère de la valve aortique. Il a dans un premier temps été hospitalisé dans l'hôpital A, qui a recommandé une intervention chirurgicale en urgence, qu'il n'était pas en mesure de pratiquer. M. X a alors été transféré au centre hospitalier universitaire B.

Après avoir été immédiatement admis au bloc opératoire avant qu'un bilan préopératoire ne soit décidé, il a été placé dans un service d'attente dès le lendemain. Il a par la suite été informé de ce qu'il ne serait opéré qu'une semaine plus tard. Alors que M. X. a souhaité retourner chez sa fille, cette demande a été refusée par l'hôpital B., eu égard aux risques encourus. L'opération a été pratiquée à la date prévue.

Quinze jours plus tard, M. X. est informé de ce qu'une infection exigeait une nouvelle opération, puis il a quitté l'établissement. Il a par la suite reçu une facture de 17 857,94 euros, le plafond de son assurance ayant été dépassé. M. X. a alors saisi l'hôpital B. d'une demande d'indemnisation du préjudice subi du fait des conditions de sa prise en charge. Cette demande a été rejetée.

Le Tribunal estime que « *bien qu'aucun tableau opératoire n'ait été produit dans le cadre de l'expertise permettant d'expliquer les raisons du report de l'intervention, il ne résulte pas de l'instruction que ce report, qui ne portait pas atteinte à la sécurité du patient qui était hospitalisé au calme, et nonobstant la circonstance que le requérant ne bénéficiait d'une assurance que dans la limite d'une somme plafonnée, soit fautif* ».

La requête de M. X a donc été rejetée.

PERSONNEL

Fonctionnaire hospitalier - Directeurs des soins- Administrateurs provisoires- Personnels ouvriers - cadres techniques de l'AP-HP- Nécessité absolue de service - Attribution de logement

[Décret n° 2013-347 du 23 avril 2013](#) modifiant le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Ce texte élargit le champ des bénéficiaires d'un logement pour nécessité absolue de service, la condition tenant au nombre minimum de gardes annuelles à effectuer étant supprimée. Sont désormais concernés les directeurs de soins, certains administrateurs provisoires, ainsi que, uniquement pour l'AP-HP, les techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers, la maîtrise ouvrière, les personnels ouvriers et les agents techniques spécialisés.

Gardes de direction - Gardes techniques- Nécessité absolue de service - Attribution de logement

[Arrêté du 23 avril 2013](#) modifiant l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service - Ce texte modifie l'arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service, en y insérant la possibilité pour certains personnels techniques de bénéficier du dispositif. Désormais, "*le nombre annuel de journées de gardes de direction ou techniques à assurer par certains fonctionnaires ouvrant droit aux concessions de logement, ne peut, en aucun cas, être inférieur à 40 journées*".

Fonction publique hospitalière – Accès emploi titulaire – Aides-soignants - Concours

[Arrêté du 18 avril 2013](#) pris en application de l'article 8 du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 et fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des concours réservés pour l'accès au corps des aides-soignants de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les modalités d'organisation des concours réservés pour l'accès au corps des aides-soignants, et comporte en annexe le modèle type du dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelles (RAEP).

Fonction publique hospitalière – Assistance publique-hôpitaux de Paris - Personnels techniques et ouvriers de catégorie C - Examens professionnalisés

[Arrêté du 18 avril 2013](#) pris en application de l'article 8 du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 et fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des examens professionnalisés réservés pour l'accès aux corps des personnels techniques et ouvriers de catégorie C de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris - Ce texte précise les modalités d'organisation des examens professionnalisés réservés pour l'accès aux corps des personnels techniques et ouvriers de catégorie C de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il comporte en annexe le modèle type du dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP).

Adjoint administratif hospitalier - 1re classe - Examens professionnalisés

[Arrêté du 18 avril 2013](#) pris en application de l'article 8 du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 et fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des examens professionnalisés réservés pour l'accès au grade d'adjoint administratif hospitalier de 1re classe -

Institut de puériculture de Paris (IPP) – Personnels - Intégration

[Arrêté du 9 avril 2013](#) relatif à l'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social – Cet arrêté précise la liste des personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social qui peuvent demander leur intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière et leur nomination dans l'établissement public de santé figurant en annexe. Sont notamment concernés par cet arrêté les personnels de l'Institut de puériculture de Paris (IPP) souhaitant leur intégration au sein de l'AP-HP.

Procédure - Etudes médicales - Premier et deuxième cycle

[Arrêté du 8 avril 2013](#) relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales - Ce texte traite de l'organisation de la formation en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales ainsi que du diplôme de formation approfondie en sciences médicales. Il est applicable à compter de l'année universitaire 2013-2014. Il se substitue à l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2013-2014 en ce qui concerne la deuxième année du deuxième cycle, lors de l'année universitaire 2014-2015 en ce qui concerne la troisième année du deuxième cycle et lors de l'année universitaire 2015-2016 en ce qui concerne la quatrième année du deuxième cycle. L'arrêté du 4 mars 1997 sera abrogé à compter de l'année universitaire 2015-2016.

Procédure - Diplôme d'Etat - Chirurgie dentaire

[Arrêté du 8 avril 2013](#) relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire – Cet arrêté précise que la formation conduisant au diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire est structurée en 3 cycles. Les annexes de ce texte précisent le programme du 2ème et 3ème cycle court. Ces dispositions sont applicables à compter de l'année universitaire 2013-2014.

Etudes - Diplôme d'Etat - Pharmacie

[Arrêté du 8 avril 2013](#) relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie – Les études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie se composent de trois cycles. Peuvent s'inscrire au diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques, les étudiants titulaires du diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques. Ce texte précise que les étudiants doivent suivre une formation d'application en officine d'une durée d'une à deux semaines au cours du premier semestre de formation, ayant pour objectif la mise en pratique d'enseignements thématiques, ainsi qu'un stage hospitalier de douze mois à mi-temps, au cours des deux derniers semestres de formation, dont la finalité et l'organisation sont adaptées au cursus de l'étudiant. « *Au cours du stage hospitalier, les étudiants exercent des fonctions hospitalières centrées sur le patient et en relation avec l'équipe médicale. Ils reçoivent un enseignement spécifique correspondant. Cette formation universitaire et hospitalière a pour finalité de familiariser l'étudiant avec la prescription des médicaments et des examens biologiques, de l'aider à résoudre les problèmes posés par le suivi thérapeutique et biologique et à assurer ses fonctions professionnelles ultérieures d'information, de vigilance et de gestion.* »

Fonction publique – Agents contractuels - Accès à l'emploi titulaire - Amélioration des conditions d'emploi

[Circulaire N°DGOS/RH4/DGCS/2013/138 du 4 avril 2013](#) relative à la mise en œuvre du décret n°2013-121 du 6 février 2013 pris pour l'application du chapitre III du titre 1er de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique – Ce texte commence par rappeler que « *l'accès aux corps de fonctionnaires hospitaliers dont les statuts particuliers prévoient un recrutement par voie externe peut être ouvert par la voie de mode de recrutement réservés valorisant les acquis professionnels pendant une durée de quatre ans* ». La circulaire poursuit en invitant les établissements à organiser l'accès des agents contractuels à l'emploi titulaire, « *sur la base de l'état des lieux réalisé en application de la circulaire du 26 octobre 2011 et en fonction de la gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences* ». Enfin, le texte précise que ce dispositif fera l'objet d'un suivi local, régional et national, dans des conditions qui devraient être précisées.

Etablissements de santé – Emplois d'avenir – Contrat unique d'insertion – Contrat d'accompagnement dans l'emploi

[Circulaire N°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/133 du 3 avril 2013](#) relative à la mise en œuvre des emplois d'avenir dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, publics et privés à but non lucratif – Cette circulaire entend « *préciser les modalités du dispositif des emplois d'avenir pour ce qui concerne le secteur sanitaire, social et médico-social* », sur la base de cinq fiches pratiques. Ces fiches portent sur les thèmes suivants : rappel de la réglementation sur le dispositif des emplois d'avenir, modalités de recrutement des emplois d'avenir, formation et accompagnement du jeune en emploi d'avenir, la fin de l'emploi d'avenir : sortie du dispositif et perspectives, et enfin les indicateurs de suivi du dispositif des emplois d'avenir dans les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Activité libérale - Praticien hospitalier - Suspension - Illégalité - Responsabilité

[Cour administrative d'appel de Nancy, 8 avril 2013, n°11NC01847](#) - En l'espèce, une Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) avait prononcé en juin 2004 la suspension de l'activité libérale de M. X pour une durée de six mois, pour un dépassement du nombre de consultations autorisées sur l'exercice 2003.

La cour administrative d'appel de Nancy condamne l'Etat à verser 42 500 euros d'indemnités en réparation des préjudices financier et moral à ce praticien considérant que l'activité libérale de ce dernier a été suspendue de manière irrégulière sur la base d'un rapport contesté de l'inspection générale des affaires sociales (Igas). En effet, les juges considèrent que "il résulte de l'instruction qu'aucune méthode de recensement exhaustif fiable de l'activité libérale des praticiens hospitaliers n'existait au sein du centre hospitalier Y en 2003, date des faits ayant fondée la sanction ; qu'ainsi, pour confirmer la sanction prononcée par le directeur de l'ARH, le ministre de la santé s'est exclusivement fondé sur le rapport établi par le Dr Z, membre de l'inspection générale des affaires sociales, établi en vue de la réunion de la commission nationale de l'activité libérale ; que ce rapport fait état, sur la base de chiffres transmis par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aube et "retraités" par l'inspection générale des affaires sociales, sans que les modalités de ce retraitement ne soient expliquées, "d'hypothèses" rendant plausible un dépassement de la durée d'activité libérale autorisée ; qu'il ne résulte toutefois pas de l'instruction que la matérialité de ce dépassement de durée puisse être regardée comme établie alors que M. X produit des éléments, issus notamment de l'analyse, par la commission d'activité libérale d'établissement, de son carnet de rendez-vous pour l'année 2003, de nature à remettre en cause la fiabilité des chiffres ainsi utilisés et que le rapport du Dr Z indique lui-même que les chiffres utilisés ne concernent " que les seuls assurés du régime général enregistrés par la CPAM de l'Aube, soit environ les deux tiers des consultants du Dr X" .

Personnel - fonctionnaire - promotion - erreur manifeste d'appréciation - annulation – conséquences

Conseil d'Etat, 15 février 2013, n° 351340 - Un gardien de la paix avait sollicité le 5 février 2004 une promotion exceptionnelle au titre de blessures subies en service, rejetée par décision implicite du Ministre de l'intérieur. Cette décision annulée par le Tribunal administratif le 27 décembre 2007 pour erreur manifeste d'appréciation, le gardien de la paix a été promu à compter du 1er janvier 2008, par arrêté en date du 18 avril 2008. Le requérant conteste ce dernier arrêté.

Le Conseil d'Etat estime que « le ministre ne pouvait, sans méconnaître l'autorité s'attachant au jugement du tribunal administratif [...] du 27 décembre 2007, différer jusqu'au 1er janvier 2008 la date d'effet de la mesure de promotion ; que par suite l'arrêté attaqué doit être annulé en tant qu'il fixe la date d'effet de la promotion de M. X ».

Dès lors, l'annulation pour erreur manifeste d'appréciation d'une décision rejetant la demande de promotion d'un fonctionnaire implique nécessairement qu'une promotion soit accordée à l'intéressé à compter de la date à laquelle cette demande aurait normalement dû être accueillie.

Contrat à durée déterminée – Licenciement – Congé parental

Tribunal administratif de Paris, 28 mars 2013, n° 1111399/5-2 - Mme X. est agent hospitalier qualifié contractuel au sein d'un service de restauration depuis 2002, par contrats à durée déterminée continûment renouvelés, en dernier lieu du 1er juillet 2009 au 19 octobre 2009.

Elle a bénéficié d'un congé parental du 20 octobre 2008 au 19 octobre 2009, puis de deux autres congés parentaux, du 20 octobre 2009 au 19 octobre 2010 et du 20 octobre 2010 au 6 avril 2011. Le Tribunal estime toutefois qu'elle « ne peut être regardée comme ayant été maintenue en fonctions durant cette période, dès lors qu'à la date de l'expiration de son premier congé parental, l'engagement à durée déterminée dont elle bénéficiait était échu, faisant obstacle [...] à ce qu'elle puisse bénéficier d'un réemploi ». Elle n'est dès lors « pas fondée à soutenir qu'un nouveau contrat à durée déterminée serait né des renouvellements successifs de son congé parentale, et que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris aurait procédé, en mai 2011, à son licenciement irrégulier en cours de contrat ». La requête de Mme X. est donc rejetée.

CNOM – Médecins hospitaliers - Observatoire de la sécurité des médecins – Incidents – Violence



Observatoire pour la
sécurité des médecins
Recensement national des
incidents
2012



Conseil national de l'ordre des médecins « observatoire pour la sécurité des médecins – Recensement national des incidents 2012 » - L'Observatoire de la sécurité des médecins, créé par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), vient de publier ses résultats annuels pour l'année 2012 quant au recensement national des incidents. Il en ressort une baisse du nombre des incidents déclarés : 968 en 2010, 849 en 2011 et 798 en 2012. Le conseil précise que « *les résultats confirment que les généralistes restent les plus touchés par l'insécurité, représentant 56% des médecins agressés* », suivis par les ophtalmologistes viennent ensuite les psychiatres.

Parmi les facteurs induisant les agressions on retiendra, le reproche d'une mauvaise prise en charge, dont le délai à obtenir un rendez-vous est la cause la plus alléguée. « *Les tentatives de vols ou encore le refus de prescription et un temps d'attente jugé excessif sont les causes les plus citées.* »



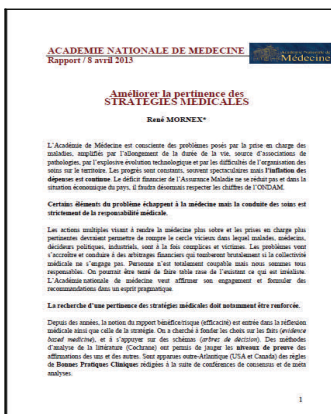
Personnels - Centre national de Gestion des praticiens hospitalier, des directeurs d'hôpitaux et des concours et examens (CNG) – Rapport d'activité – Année 2012



[Rapport d'activité 2012](#) du Centre national de gestion des praticiens hospitalier, des directeurs d'hôpitaux et des concours et examens –

Ce rapport d'activité est composé de trois parties, sur le pilotage du système sanitaire, social et médico-social public, la promotion et l'accompagnement des professionnels dans leur carrière et leur parcours, et les pistes d'amélioration de la démarche de « *management par la qualité* ». Il fournit de nombreux éléments statistiques, confirmant notamment la féminisation des métiers, l'augmentation des emplois fonctionnels au sein du corps des directeurs d'hôpital, et la baisse du solde démographique des directeurs d'établissements sanitaire, social et médico-social. Ce rapport évoque par ailleurs les questions de l'informatisation des concours médicaux et administratifs, et le renforcement d'un « *accompagnement personnalisé* » des professionnels « *étendu à la prise en charge des équipes* ». Enfin, il souligne l'importance de l'amplification de la veille juridique, afin de « *prévenir et gérer les contentieux et sécuriser les marchés, conventions et contrats* ».

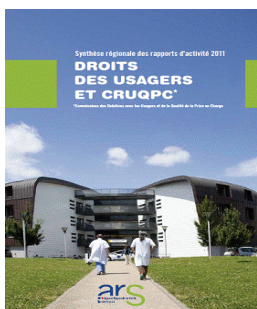
Stratégies médicales – Amélioration



[Rapport de l'Académie de médecine](#) - "Améliorer la pertinence des stratégies médicales" - Dans un contexte où « *la notion du rapport bénéfice/risque (efficacité) est entrée dans la réflexion médicale ainsi que celle de la stratégie* », ce rapport vise à exprimer « *une position globale sur la pertinence des stratégies médicales* ». Il précise que « *le premier objectif était de comprendre ces divergences de comportements médicaux en se fondant sur les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation**, grâce à une discussion très libre, avec des représentants des disciplines concernées, sans arrière-pensée de contrôle. Ceci a abouti à analyser les points faibles des démarches, à ébaucher des hypothèses ou des propositions qui ont été testées à la fois sur le terrain hospitalier et auprès des structures responsables pour aboutir à une série de recommandations ».

PATIENT HOSPITALISÉ

Commissions de relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge (CRUQPC)



Synthèse régionale des rapports d'activité des CRUQPC pour 2011 (Mars 2013) – l'Agence régionale de santé Ile-de-France (ARS IDF) publie sa synthèse annuelle régionale des rapports d'activité des CRUQPC. « *Ce document présente des éléments d'analyse à la fois qualitatifs et quantitatifs, complétés par des données comparatives départementales. Il constitue une base essentielle à partir de laquelle des actions d'amélioration pourront être initiées par l'agence en partenariat avec différents acteurs concernés.* »

MIVILUDES – Sectes – Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Rapport de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) 2011-2012 - Serge BLISKO, Président de la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES) a remis au Premier ministre son rapport annuel. 26% des signalements faits auprès de la MIVILUDES sont relatives aux dérives sectaires dans les domaines de la santé et de l'accompagnement de la fin de vie. « *Le rapport insiste sur la vigilance nécessaire envers les personnes âgées, fragilisées par l'isolement, le deuil, la maladie, la perte de repères, l'altération des capacités physiques et intellectuelles qui sont des victimes idéales des mouvements sectaires, pas autant comme cibles à recruter que comme sources potentielles de revenus et de capitaux* ». Afin d'améliorer la protection et la défense des résidents dans les EHPAD, la mission propose de renforcer le rôle du conseil de vie sociale de l'établissement en permettant d'y intégrer les associations agréées. Pour ce faire la MIVILUDES précise qu'une modification législative est nécessaire pour élargir le champ de compétence de la Commission nationale d'agrément de ces associations. La MIVILUDES propose également d'introduire la notion de personne de confiance dans le Code de l'action sociale et des familles afin de permettre sa désignation en cas d'admission dans un établissement médico-social. La mission estime qu'« *il convient d'assurer une sensibilisation des directeurs d'établissements, des personnels médico-sociaux et des gérants de tutelle au risque sectaire.* » et propose de renforcer la formation de personnels des établissements médico-sociaux. S'agissant de l'information des personnes âgées et de leurs familles la MIVILUDES précise qu'« *une campagne d'information et de sensibilisation aux risques sectaires pourrait être menée dans les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).* »

Association - Usagers - Instance hospitalière - Santé publique

[Arrêté du 10 avril 2013](#) portant renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique - Ce texte renouvelle l'agrément national de l'Association de défense et d'entraide des personnes handicapées" pour cinq ans, ainsi que de l'Association pour l'information et la recherche sur les maladies rénales génétiques et de la Fédération des aveugles et handicapés visuels de France, à compter du 2 mai 2013.

Droits des usagers – Label – Concours

[Instruction DGOS/DGS du 8 avril 2013](#) relative au label et au concours "droits des usagers de la santé", édition 2013 – Le dispositif « 2011 année des patients et de leurs droits », a initié le label « droits des usagers de la santé » afin de valoriser les expériences exemplaires et les projets innovants menés en région, en matière de promotion des droits des patients. L'attribution du label et la sélection pour la participation au concours sont confiées aux ARS en concertation avec les commissions spécialisées des Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), sur la base d'un cahier des charges national qui figure en annexe de l'instruction. Cette instruction définit les conditions d'attribution du label 2013 par les agences régionales de santé ainsi que les conditions de participation au concours.

Secret médical - Dignité du patient - Violation – Responsabilité

[Cour administrative d'appel de Paris, 4 avril 2013, n°12PA02414](#) - M. Y se plaint des conditions de sa prise en charge au sein d'un service des urgences et plus précisément, invoque la violation de l'obligation au respect du secret médical ainsi qu'une atteinte à sa dignité.

Dans un premier temps, le Tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande par un jugement en date du 5 avril 2012. La cour administrative d'appel de Paris, saisie par M. Y, annule ce jugement et retient la violation du secret médical par le médecin qui a pris en charge M. Y, violation qui est constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé : "les informations délivrées aux membres de la famille de l'intéressé sont d'ordre privé et couvertes par le secret médical (...); que si l'hôpital X invoque la nécessité pour le médecin de recueillir des informations auprès de membres de la famille du patient ou de ses proches pour assurer la bonne prise en charge de celui-ci et vérifier que sa sortie pouvait intervenir dans de bonnes conditions, celle-ci ne pouvait toutefois autoriser le praticien à divulguer ce dont il avait eu connaissance, dans l'exercice de sa profession, concernant la vie privée de son patient (...)".

En outre, la Cour retient une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service des urgences de nature à engager la responsabilité de l'hôpital X caractérisée par le fait que le patient ait été maintenu au sein de ce service "sans que des vêtements décents ne lui soient proposés, sans avoir été nourri et sans qu'il lui soit permis de joindre" un membre de sa famille pour lui demander de venir le chercher.

ORGANISATION DES SOINS

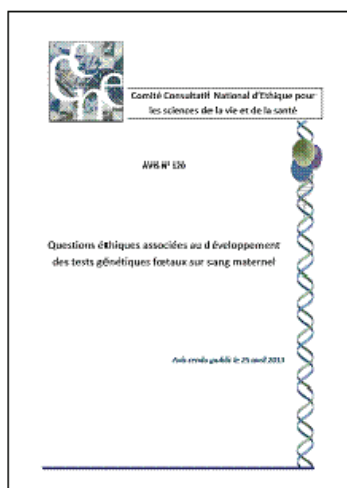
Plan de mobilisation nationale - Cancer - Dépistage

[Arrêté du 15 avril 2013](#) modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) – Tests génétiques fœtaux – Sang maternel

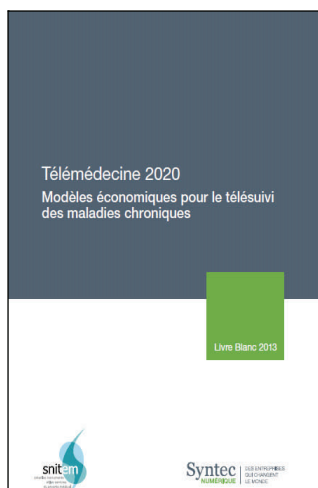
[Avis n°120 du CCNE du 25 avril 2013](#) « Questions éthiques associées au développement des tests génétiques fœtaux sur sang maternel » - La Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi le Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) afin de mener une réflexion approfondie et de rendre un avis sur les problèmes éthiques et les questions que soulève le développement de la technique de diagnostic prénatal des anomalies génétiques du fœtus à partir d'un simple prélèvement de sang de la femme enceinte.

Le CCNE estime que le test génétique fœtal de la trisomie 21 sur sang maternel pourrait être progressivement introduit comme un élément du dépistage combiné actuel qui consiste en une utilisation conjointe des marqueurs sériques et de l'échographie, suivie d'une amniocentèse en cas de risque. Ce test serait réservé aux femmes reconnues « à risque » et « *au-delà, ce test pourrait être proposé en première intention du dépistage, si sa pertinence scientifique se confirme en cette matière, chez l'ensemble des femmes enceintes.* » Le CCNE estime sur ce point que « *les limites de cette mise en place sont d'ordre technique, organisationnel et financier plus qu'éthique. Néanmoins, pour autant que les problèmes techniques, organisationnels et de coût soient résolus, cette extension nécessiterait qu'un ensemble de conditions en assure la pertinence, la sécurité, l'égalité d'accès sans conditions de ressources, ainsi que la qualité de l'information et de l'accompagnement.* »



Maladies chroniques – Télé médecine – Livre blanc

[Livre blanc 2013](#) de Syntec Numérique et du Snitem, « Télé médecine 2020: modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques » - Ce livre blanc vise à « apporter des éclairages sur les modalités de financement des solutions de télé médecine en regard de programmes observés à l'étranger et d'en déduire des options de modèles pour la France ». Il se fonde sur 6 études de cas, pour mettre en lumière les points forts (confort de vie et satisfaction du patient, meilleur respect des protocoles, économies de coûts directs), mais aussi les pistes d'amélioration, et les « facteurs clés de performance » sur les plans stratégique et opérationnel. Sont ensuite exposés 4 scénarios pour la France (remboursement de la télé médecine, modèle de soins intégrés, réseau de soins public dédié, et privatisation de la santé), les trois premiers semblant les plus pertinents. « Quel que soit le scénario retenu, 2 facteurs clés sont indispensables à la réussite de sa mise en œuvre : l'adhésion massive des professionnels de santé, au-delà de quelques précurseurs, et l'impulsion donnée par le payeur public, qui a seul la capacité à donner l'envergure attendue ».



COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Syndicats interhospitaliers – GCS – GIP – Transformation

[Circulaire interministérielle DGOS/Drees/DGiP du 4 mars 2013](#) relative à la transformation des syndicats interhospitaliers en GCS ou en GIP – L'article 23 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 modifiée portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) prévoit que les syndicats interhospitaliers (SIH) doivent se transformer, sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, soit en groupement de coopération sanitaire (GCS), soit en groupement d'intérêt public (GIP). Le décret n° 2012-1483 du 27 décembre 2012 relatif à la transformation des SIH en GCS ou en GIP, qui conditionne l'entrée en vigueur de la loi, est intervenu à cette fin. Cette circulaire a pour objet de préciser les modalités de transformation des SIH en groupement de coopération sanitaire GCS ou en GIP, les modalités d'enregistrement dans FINESS, le devenir des autorisations portées par les syndicats, le calendrier de transformation, les règles comptables applicables. Est annexée à cette circulaire la liste des SIH enregistrés dans FINESS au 3 janvier 2013.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Amiante – Prévention – Protection collective – Règles techniques

[Arrêté du 8 avril 2013](#) relatif aux règles techniques, aux mesures de prévention et aux moyens de protection collective à mettre en œuvre par les entreprises lors d'opérations comportant un risque d'exposition à l'amiante - Ce texte a pour objet de déterminer les conditions de choix, d'entretien et de vérification périodique des moyens de protection collective à mettre en œuvre lors des opérations comportant un risque d'exposition à l'amiante.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Domaine privé – Logement social – Aliénation des terrains - Décote

[Décret n° 2013-315 du 15 avril 2013](#) relatif aux conditions d'aliénation des terrains du domaine privé de l'Etat en vue de la réalisation de programmes de construction de logements sociaux et fixant la composition et le fonctionnement de la Commission nationale de l'aménagement, de l'urbanisme et du foncier instituée à l'article L. 3211-7 du code général de la propriété des personnes publiques - Ce texte d'application de la loi n° 2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social permet à l'Etat de vendre des biens de son domaine privé "à un prix inférieur à leur valeur vénale", par application d'une décote, pour favoriser la construction de logements sociaux. La fixation du montant de cette décote relève de la compétence du directeur départemental des finances publiques. Le décret précise que le prix de cession sera fonction des "catégories de logements" à construire et des "circonstances locales". L'application d'une décote est par ailleurs obligatoire dès lors que sont réunies deux conditions cumulatives : la cession des terrains est effectuée au bénéfice des collectivités territoriales ou EPCI, et lorsque "les terrains appartiennent à une liste de parcelles établie par le préfet de région, après avis du comité régional de l'habitat, du maire ou du président de l'EPCI".

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

