

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 31 mai 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Personnel	page 5
Patient Hospitalisé	page 7
Organisation des soins	page 9
Réglementation sanitaire	page 10
Droit de la famille	page 11
Procédure	page 11
Propriété intellectuelle - Informatique	page 12
Marchés publics	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

Loi anti-cadeaux – Avantages consentis par les entreprises – Transparence

[Décret n° 2013-414 du 21 mai 2013](#) relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme - Ce décret précise des modalités « de transparence et d'information du public sur les relations (avantages procurés ou conventions conclues) entre les entreprises produisant ou commercialisant les produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme et certains acteurs de la santé ». Plus particulièrement, il énonce la nature des informations devant être rendues publiques, et fixe un seuil de 10€ au-delà duquel les avantages consentis doivent être rendus publics. Ce décret prolonge par ailleurs l'application de la « loi anti cadeaux » aux étudiants et associations représentant des étudiants.

Expertise sanitaires – Charte – Règles déontologiques

[Décret n° 2013-413 du 21 mai 2013](#) portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du code de la santé publique - Ce texte approuve la charte de l'expertise sanitaire, qui lui est annexée. Elle définit dans un premier temps l'expertise sanitaire comme « *un ensemble d'activités ayant pour objet de fournir à un commanditaire, en réponse à la question posée, une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir des connaissances disponibles et de démonstrations, accompagnées d'un jugement professionnel* ». Elle présente « *les modalités de choix des experts (I), le processus d'expertise et ses rapports avec le pouvoir de décision (II), la notion de lien d'intérêts, les cas de conflit d'intérêts et les modalités de gestion d'éventuels conflits (III) et les cas exceptionnels dans lesquels il peut être tenu compte des travaux réalisés par des experts présentant un conflit d'intérêts (IV)* ».

Biologie médicale – Réforme - Laboratoires - Etablissements de santé

[Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013](#) portant réforme de la biologie médicale – Cette loi vient ratifier l'[ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010](#) relative à la biologie médicale et modifier plusieurs dispositions du Code de la santé publique. S'agissant des [conditions de fonctionnement](#) des laboratoires de biologie médicale (LBM) la loi prévoit que « *sur chacun des sites, un biologiste du laboratoire doit être en mesure de répondre aux besoins du site et, le cas échéant, d'intervenir dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des patients. Pour assurer le respect de cette obligation, le laboratoire doit comporter un nombre de biologistes au moins égal au nombre de sites qu'il a créés. Le biologiste assumant la responsabilité du site doit être identifiable à tout moment.* » La loi ajoute à la septième section de l'[ordre national des pharmaciens](#) ceux « *exerçant dans un laboratoire de biologie médicale et pharmaciens exerçant la biologie médicale ou l'un de ses domaines dans un établissement de santé* ». Sur la question de l'[accréditation des laboratoires](#), la loi prévoit que « *jusqu'au 31 octobre 2020, aucun laboratoire de biologie médicale non accrédité, au sens de l'article L. 6221-1 du code de la santé publique, ne peut fonctionner sans respecter les conditions déterminées par un arrêté du ministre chargé de la santé relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale. (...) L'autorisation peut être retirée lorsque les conditions de sa délivrance cessent d'être remplies.* » Pendant cette période courant jusqu'en 2020, la loi fixe un calendrier progressif par lequel les laboratoires de biologie médicale ne peuvent fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur un pourcentage des examens de biologie médicale qu'ils réalisent.

Ainsi :

- à compter du 1er novembre 2016 : sur 50 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent,
- à compter du 1er novembre 2018 : sur 70 % des examens de biologie médicale,
- à compter du 1er novembre 2020 : sur 100 % des examens de biologie médicale.

La loi prévoit que la facturation des actes doit être effectuée au tarif des actes de biologie médicale fixé par la sécurité sociale, à l'exception des actes réalisés dans le cadre des coopérations dans le domaine de la biologie médicale menées entre des établissements de santé sous forme de conventions, de GCS ou de communautés hospitalières de territoire, ainsi que par d'autres contrats de coopération.

Dans les CHU, la loi permet à des professionnels médecins ou pharmaciens, non qualifiés en biologie médicale et recrutés dans une discipline mixte, d'exercer sur décision du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, les fonctions de biologiste médical. Ces professionnels doivent justifier d'un exercice effectif d'une durée de trois ans dans des structures et laboratoires de biologie médicale. La loi précise sur ce point que « *ces professionnels exercent leurs fonctions dans le domaine de spécialisation correspondant aux disciplines mixtes et biologiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.* »

Etablissement publics de santé - Comptabilité publique – Gestion budgétaire – Dématérialisation

Arrêté du 7 mai 2013 modifiant les arrêtés portant application des articles 25, 26, 32, 34, 35, 39, 43 et 51 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique - Cet arrêté actualise les textes relatifs aux modalités de dématérialisation des éléments comptables et justificatifs du secteur hospitalier, ainsi que les « moyens de règlement des dépenses publiques et d'encaissement des recettes publiques ».

Activités de soins – Nomenclature - Equipements matériels lourds

Circulaire n°DGOS/USID/R3/DREES/196 du 14 mai 2013 relative à la modification de la nomenclature des activités de soins – Cette circulaire vient actualiser la nomenclature des activités de soins utilisée dans le cadre de la délivrance des autorisations et de disposer ainsi d'une nomenclature partagée par les différents systèmes d'information.



Haute autorité de santé (HAS) - Ethique - Evaluation

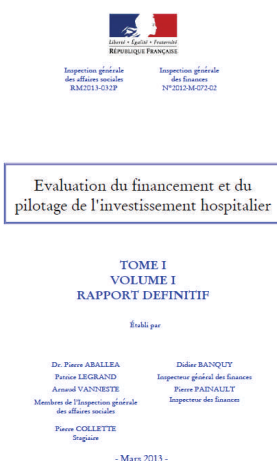
Guide méthodologique de l'évaluation des aspects éthiques à la HAS - Avril 2013 - Ce guide a pour objet de préciser « la place de l'éthique » dans les travaux de la HAS, dans une première version dont le contenu aura vocation à évoluer avec le temps. Il s'agit « proposer une méthode permettant de mettre en lumière, de manière descriptive, les débats éthiques soulevés par une intervention de santé particulière », dans la « perspective de l'aide à la décision publique ».

Espace unique de paiement en euros (SEPA) - Techniques de paiement - Harmonisation - Europe

Note de la direction générale des finances publiques « Accompagnement des ordonnateurs locaux et des titulaires de compte de dépôt de fonds au Trésor dans la mise en place du prélèvement SEPA » - 6 décembre 2012 - Cette note rappelle que « *le marché unique des paiements en euros (SEPA, Single European Payment Area) a pour objectif de permettre d'effectuer des paiements en euros simples, rapides et fiables dans un espace unique européen en favorisant l'harmonisation du cadre juridique et technique des paiements* ». Cela nécessite d'une part l'utilisation des coordonnées bancaires aux formats IBAN et BIC normalisés dans toute l'Europe, et d'autre part l'utilisation d'un nouveau format de fichier informatique pour effectuer des virements et des prélèvements SEPA. Après avoir énoncé les "spécificités du chantier", la note revient sur les incidences de la mise en place des moyens de paiement SEPA (virement et prélèvement SEPA) pour le service public hospitalier. Elle comporte par ailleurs en annexe un kit de communication à destination des ordonnateurs hospitaliers.

Fonds d'intervention régional (FIR) - Permanence des soins ambulatoire (PDSSES) - Qualité et coordination des soins

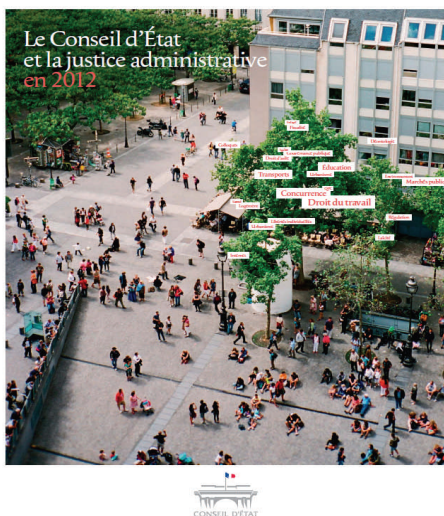
Circulaire n° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013 - Cette circulaire a pour objet de préciser les missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR), les orientations nationales pour 2013, les ressources du FIR, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses, ainsi que les principes d'évaluation des missions financées. Elle comporte six annexes, notamment sur le document-type de demande d'appel de fonds, sur la répartition par région des mises en réserves opérées sur le FIR, et sur l'attestation de contrôle de service fait et ordre de paiement.



IGAS – IGF – Investissement hospitalier – Financement – Evaluation – Pilotage

Rapport de l'IGAS et de l'IGF « Evaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier » - Mars 2013 - Ce premier tome constitue le « premier volet » du rapport, dont la seconde partie concerne les « conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire ». L'enjeu consiste à « faire la part de ce qui relève d'une prise en charge insuffisante par la tarification, de décisions d'investissements non pertinentes bien que validées à tous les niveaux, et d'une gestion défailante par les établissements, afin de proposer des pistes pour améliorer le dispositif, puisque le besoin d'investir reste une nécessité ».

Ce premier tome « réalise tout d'abord un bilan de l'investissement de la période depuis 2002, examine ensuite, en deuxième partie, les conditions du choix de l'investissement et de son équilibre entre la rentabilité micro-économique et la régulation territoriale, puis en troisième partie les choix de financement de l'investissement (autofinancement via les tarifs et une meilleure gestion interne ; aides financières et recours à l'emprunt) dans un contexte contraint. Il aborde en quatrième partie, les conditions de la maîtrise de la conduite de la programmation, de la conception et de la réalisation des travaux et, enfin, en cinquième partie, le pilotage institutionnel de l'investissement ». Le volume II contient douze annexes, portant notamment sur l'estimation du besoin d'investissement, les indicateurs de retour sur investissement, sur les cliniques privées, et sur des éléments de prospective.



Conseil d'État – Rapport public 2013

[Rapport public 2013 « Le Conseil d'État et la justice administrative en 2012 »](#) - Ce rapport dresse le bilan de l'activité du Conseil d'État et de la juridiction administrative en 2012. Dans son communiqué de presse le Conseil d'État précise qu' « *en 2012, la juridiction administrative dans son ensemble – Conseil d'État, cours administratives d'appel et tribunaux administratifs – a rendu 228 680 décisions contentieuses. Les principaux indicateurs d'activité – délais de jugement et affaires en stock – continuent de s'améliorer. L'exigence d'une justice de qualité reste la priorité.* »

PERSONNEL

Etablissements de formation - Ostéopathie – Agrément - Etudiants

[Décret n° 2013-415 du 21 mai 2013](#) relatif aux agréments des établissements de formation en ostéopathie – « *Dans l'attente d'une possible modification du régime d'agrément* » à compter de la rentrée scolaire 2014, ce décret a pour objet la prorogation de l'agrément des établissements de formation en ostéopathie agréés entre août 2007 et août 2010. Les agréments délivrés après le 24 mai 2013 expireront le 15 septembre 2014.

Thanatopracteur - Formation – Diplôme

[Arrêté du 22 janvier 2013](#) modifiant l'arrêté du 18 mai 2010 fixant les conditions d'organisation de la formation et de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur - Cet arrêté précise notamment que le dossier de demande d'inscription à l'examen national de thanatopraxie " *comprend obligatoirement une attestation de fin de formation théorique*". Par ailleurs, il fixe en annexe les matières, leurs descriptif et coefficient pour les épreuves théoriques de l'examen d'accès au diplôme national de thanatopracteur.

Congé de paternité - Indemnisation - Pièces justificatives

[Arrêté du 3 mai 2013](#) fixant la liste des pièces justificatives à fournir pour bénéficier de l'indemnisation du congé de paternité et d'accueil de l'enfant - Cet arrêté précise que pour bénéficier de l'indemnisation de son congé de paternité ou d'accueil de l'enfant, l'assuré doit adresser à l'organisme de sécurité sociale dont il relève une ou plusieurs pièces justificatives figurant sur une liste arrêtée (copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant, copie du livret de famille mis à jour, copie de l'acte de reconnaissance de l'enfant, copie du pacte civil de solidarité, etc.).

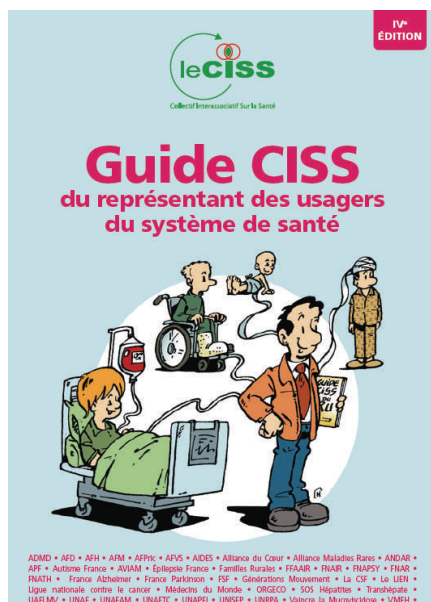
Personnel médical – Attaché – Attaché associé - Praticien à temps partiel – Reclassement – Ancienneté

[Conseil d'État, 17 avril 2013, n° 351755](#) - Entre 1987 et 2003, M. X a exercé dans plusieurs établissements hospitaliers en qualité d'attaché, d'attaché associé et d'assistant spécialisé. Recruté par la suite dans le corps des praticiens des hôpitaux à temps partiel, il estime que l'arrêté du directeur régional des affaires sanitaires et sociales faisait une inexacte application des dispositions prévoyant la prise en compte pour le reclassement de certains services accomplis dans des établissements publics de santé antérieurement à la nomination dans le corps. Le Conseil d'Etat estime que *"pour apprécier si des services accomplis comme attaché ou attaché associé l'ont été à raison d'au moins six vacations hebdomadaires [...] et s'ils peuvent par suite être pris en considération pour le reclassement comme praticien des hôpitaux à temps partiel, il y a lieu de prendre en compte à la fois les vacations [...] et les services de garde [...]; qu'il suit de là qu'en jugeant que les services de garde effectués par le requérant ne pouvaient être pris en compte dans le calcul de sa reprise d'ancienneté, le tribunal administratif a commis une erreur de droit"*.

Indemnité de vie chère – Référé-suspension – Décision entièrement exécutée

[Conseil d'Etat, 22 avril 2013, n° 363864](#) - Par ordonnance du 28 septembre 2012, le juge des référés du tribunal administratif de Saint-Barthélemy a suspendu la décision du 10 mai 2012 par laquelle le directeur-adjoint de l'hôpital local de Bruyn a retiré à Mme X., aide-soignante en congé de longue maladie, le bénéfice de "l'indemnité de vie chère" au titre de la période du 17 octobre 2009 au 5 septembre 2011 et également supprimé cette indemnité du montant des traitements à verser à Mme X. au titre de la période du 6 septembre 2011 au 5 mars 2012. Le Conseil d'Etat indique que *"le juge des référés du tribunal administratif de Saint-Barthélemy a estimé qu'il n'était pas établi que la décision du 10 mai 2012 avait été complètement exécutée alors qu'il ressort des pièces du dossier soumis à ce juge, notamment du bulletin de salaire établi au titre du mois de juin 2012, d'une part, que "l'indemnité de vie chère" perçue par Mme X. au titre de la période du 17 octobre 2009 au 5 septembre 2011 a été déduite du montant des arriérés de traitements et d'indemnités qui lui ont été versés au mois de juin 2012 et, d'autre part, qu'aucune "indemnité de vie chère" ne lui a été versée au titre de la période du 6 septembre 2011 au 5 mars 2012 ; qu'ainsi la décision litigieuse avait été entièrement exécutée à la date à laquelle Mme X. a introduit sa demande de suspension ; que, par suite et sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens du pourvoi, l'hôpital local de Bruyn est fondé à soutenir que le juge des référés a entaché son ordonnance de dénaturation des pièces du dossier"*. La décision du 10 mai 2012 ayant été entièrement exécutée à la date de l'introduction par Mme X. de sa demande de suspension, *"les conclusions tendant à la suspension de cette décision sont irrecevables et doivent donc être rejetées"*.

PATIENT HOSPITALISÉ



Collectif Interassociatif sur la santé (CISS) - Représentant des usagers - Guide

Guide Collectif Interassociatif sur la santé « du représentant des usagers du système de santé » - Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) publie la 4e édition du guide du représentant des usagers. « Ce guide répond à l'essentiel des connaissances auxquelles doit pouvoir se référer un représentant des usagers dans un établissement de santé. C'est un outil, un point d'appui pour l'exercice militant au service de l'intérêt de tous à l'occasion d'un séjour hospitalier. ». La réactualisation de ce guide tient compte des évolutions organisationnelles opérées depuis 2010 dans le système sanitaire ainsi que de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Limitation et arrêt de traitement - Alimentation artificielle - Hydratation artificielle - Droit à la vie - Procédure collégiale - Liberté fondamentale

Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, Ordonnance de référé du 11 mai 2013 - En l'espèce, M.X hospitalisé dans le service de médecine palliative d'un CHU suite à un accident de la route survenu le 29 septembre 2008 présente, depuis août 2011, un état de coma pauci-relationnel, soit un état de « conscience minimale plus ». Ce patient reçoit, dans ce service hospitalier, une alimentation et une hydratation artificielles. Le 10 avril 2013, par décision de l'équipe médicale, cette alimentation artificielle a été arrêtée tandis que l'hydratation a été sensiblement diminuée.

Le CHU soutient que l'apparition, au début de l'année 2013, de signes d'opposition comportementale de la part de M.X. lors des actes « nursing » a fait suspecter un refus de vivre et a suscité une réflexion éthique au sein de l'équipe médicale ; que cette réflexion s'est appuyée sur la volonté de M.X, exprimée avant l'accident et rappelée par son épouse et un de ses frères, de ne pas accepter un maintien artificiel de vie et a conduit l'équipe médicale à considérer l'alimentation et l'hydratation prodiguées à M.X, comme des actes ne devant pas « être poursuivis par une obstination déraisonnable » et pouvant être suspendus « lorsqu'il apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » ainsi que le prévoit l'article L. 1110-5 du code de la santé publique.

Dans cette affaire, le Tribunal administratif juge que cette privation d'alimentation et cette limitation d'hydratation font apparaître un danger caractérisé et imminent pour la vie de M.X et constituent une atteinte à son droit au respect de sa vie ; qu'il existe ainsi une situation d'atteinte caractérisée à une liberté fondamentale. Le tribunal enjoint par conséquent au CHU de rétablir l'alimentation et l'hydratation normales de M.X. et de lui prodiguer les soins nécessaires à son état de santé.

Le tribunal considère en effet que « l'administration, par voie de sonde et de tubes, de substances chimiques équilibrées permettant l'alimentation et l'hydratation d'une personne en situation de coma et donc de totale dépendance, constitue un acte de soin au sens de l'article L. 1110-5 du code de la santé publique et un traitement au sens de l'article L. 1111-4 du même code ; qu'à supposer même que, dans les circonstances de l'espèce, ces actes de soin puissent paraître n'avoir d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils ne pouvaient être arrêtés ou limités que dans le respect de la procédure prévue au 5ème alinéa de l'article L. 1111-4 et à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique en raison de l'impossibilité, pour M.X., d'exprimer sa volonté ;

Considérant qu'en l'absence de directives anticipées de M.X (..) et en l'absence d'une personne de confiance (..) devait être poursuivie avec la famille de M.X., quand bien même la famille était divisée sur le devenir de M.X., ainsi que cela a été précisé à l'audience ; que si l'épouse de M.X. a été associée à une « réflexion » collégiale à compter du 04 février 2013, il résulte de l'instruction, et notamment des explications apportées à l'audience par le Dr W., que les parents de M.X. n'ont pas été informés de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale et ce, dès qu'elle a été prise ; qu'il résulte également de l'instruction que la décision d'arrêter l'alimentation et de limiter l'hydratation n'a pas pris en compte les souhaits des parents de M. X. ; qu'enfin, il résulte de l'instruction que les parents de M.X. n'ont pas été informés de la nature et des motifs de cette décision ; qu'en conséquence, les requérants sont fondés à soutenir que la procédure prévue à l'article R. 4127-37 du code de la santé publique a été méconnue ; »

Dossier médical perdu - Demande de communication - Pièces essentielles du dossier médical - Reconstitution d'un fond - Absence d'obstacle

Tribunal administratif de Paris, ordonnance du 14 mai 2013, n°1303837/9 - Dès 2002, Mme X. a été admise au sein de l'hôpital Y. (AP-HP). Souhaitant être suivie par l'Institut Z., son entier dossier médical original a été adressé à cet établissement. L'original de ce dossier médical a ainsi été retourné à l'hôpital Y., l'Institut Z. ne prenant pas en charge les patients non traités dans ses services Ce dossier médical a été perdu.

Mme X. soutient dans le cadre d'un référé mesure utile que "faute d'obtenir un dossier médical complet comportant les traitements donnés ainsi que les doses, elle ne peut être suivie ni être soulagée des séquelles physiques invalidantes qu'elle supporte au quotidien".

Le tribunal administratif estime toutefois que "dans les circonstances de l'espèce, l'administration ne peut être tenue de communiquer un document qu'elle ne détient pas ; que, par suite, l'AP-HP, qui au surplus indique à la requérante avoir pu reconstituer un fond de dossier permettant à l'intéressée d'assurer un suivi médical dans un autre établissement, ou de continuer sa surveillance au sein de l'hôpital, ne peut être regardée comme faisant obstacle à la communication d'un quelconque document utile à la défense des intérêts de l'intéressée ; qu'il s'ensuit que les conclusions de la requérante tendant à ce qu'une injonction soit adressée à l'AP-HP en vue de la communication de son dossier médical ne peuvent qu'être rejetées".

ORGANISATION DES SOINS



Fiche Mémo

Contraception chez la femme adulte
en âge de procréer (hors post-partum
et post-IVG)

Avril 2013

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des besoins à l'écoule et au stade d'une contraception optimale » (juin 2012).

Particularités de la prescription et du conseil

Le choix de la méthode contraceptive doit être réévalué à chaque renouvellement de prescription

→ Chez la femme en âge de procréer, le choix d'une contraception doit prendre en compte toute ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications.

Le risque cardio-vasculaire et les contre-indications évoluent avec l'âge

→ Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge et modifie le rapport bénéfice/risque des méthodes.
→ Les contre-indications évoluent avec l'âge, notamment pour l'utilisation des œstrogènes en cas de maladies ou de traitements :
- avant 35 ans : les œstrogènes sont contre-indiqués en cas de migraines avec aura. En cas de tabagisme, le surrisque de thrombose artérielle doit être pris en compte et une information doit être faite sur les possibilités d'arrêt au sevrage ;
- après 35 ans : les œstrogènes sont contre-indiqués chez la femme fumeuse ou avec des migraines, avec ou sans aura. La substitution par une méthode progestative seule ou par une autre contraception est recommandée.

L'opportunité d'une grossesse diminue avec l'âge mais une grossesse reste possible jusqu'à l'arrêt complet du fonctionnement ovarien (ménopause)

→ L'âge de la ménopause ne pouvant pas être déterminé de manière précise individuellement, il n'est pas possible de déterminer le moment correspondant à l'arrêt complet de l'ovulation et donc de la fertilité. Il faut donc renouveler lors de chaque consultation l'état de la contraception et la poursuivre jusqu'à la certitude du diagnostic de ménopause.

→ La fertilité doit être estimée par :

- la possibilité de grossesse non prévue toujours possible jusqu'à l'arrêt complet de l'ovulation ;
- la nécessité d'une attention de la surveillance de signes évocateurs de ménopause dont certains peuvent être masqués en fonction de la méthode choisie (contraception hormonale ou DIU au LNG) ;
- la confirmation du diagnostic de ménopause par l'arrêt des règles séparées par 6 à 12 mois d'un période de post-ménopause. Il peut être proposé la fertilité d'interrompre la contraception hormonale pendant quelques mois, tout en consultant l'usage d'une méthode barrière, et de suivre l'évolution des règles pour déterminer si une ménopause est installée.

Fiche Mémo - Contraception chez la femme adulte en âge de procréer | 1

Contraception – Prescription – Haute Autorité de santé

Fiches pratiques de la Haute Autorité de Santé sur la prescription de contraceptifs – Avril 2013 – La Haute autorité de santé propose aux professionnels de santé plusieurs fiches mémo d'aide à la prescription de contraceptifs. Ces fiches illustrent différents types de situations comme par exemple la contraception chez l'adolescentes, chez la femme après une IVG, chez l'homme.



Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé

METTRE EN ŒUVRE ET FAIR ÉVALUER



Mai 2013

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – Transports sanitaires non urgents – Gestion

Guide de l'ANAP « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » - Mai 2013 - Ce guide a pour objet de tirer les " grands enseignements " du projet conduit depuis 2011 par l'ANAP et 7 établissements de santé "pour les aider à optimiser la fonction transports sanitaires non-urgents en menant notamment des réflexions sur la centralisation des demandes de transports et les mécanismes favorisant une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts". Par la suite, le guide décrit « l'ensemble des phases nécessaires pour mener à bien une telle opération d'amélioration du processus de gestion des transports sanitaires en établissement de santé et de maîtrise d'évolution des coûts associés ». Enfin, il revient sur plusieurs interrogations fréquentes, sous forme de questions-réponses en matière de réglementation.

Bioprothèses valvulaires aortiques transcutanées – Contrôle – ARS – Suivi – Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique - OMEDIT

[Instruction DGOS/PF4 n° 2013-91 du 7 mars 2013](#) relative aux modalités de suivi par les ARS et les OMEDIT de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie artérielle transcutanée ou par voie transapicale - Cette instruction précise en premier lieu le rôle des agences régionales de santé (vérification de la détention d'autorisation de chirurgie cardiaque, respect des conditions particulières du plateau technique, conformité de la composition des équipes, nombre minimum d'actes annuels). Elle énonce en second lieu le rôle des Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT), en fixant en annexe un « ensemble de variables de base de données », permettant aux OMEDIT d'assurer « la synthèse et l'analyse » des informations au niveau régional.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Gestion du risque – Résultats - Indicateurs – Cibles – Evaluation

[Instruction n°DSS/MCGR/2013/181 du 26 avril 2013](#) relative à l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de gestion du risque en 2012 et à la fixation des objectifs pour 2013 - Cette instruction a pour objet, d'une part, de présenter les résultats des indicateurs associés à l'évaluation des programmes de gestion du risque (GDR) en 2012 et, d'autre part, de préciser les indicateurs et les cibles qui permettront d'évaluer ces mêmes programmes en 2013.

Eléments et produits d'origine humaine - Effets indésirables – Incidents – Déclaration -

[Décision du 3 avril 2013](#) fixant le modèle de déclaration des incidents et effets indésirables susceptibles d'être dus aux éléments et produits d'origine humaine mentionnés à l'article L. 1211-1 utilisés à des fins thérapeutiques ainsi qu'aux produits thérapeutiques annexes en contact avec ces éléments et produits - Cette décision établit le nouveau modèle selon lequel tout incident et de tout effet indésirable susceptible d'être dû aux éléments et produits d'origine humaine utilisés à des fins thérapeutiques ainsi qu'aux produits thérapeutiques annexes en contact avec ces éléments et produits doit être déclaré. Elle abroge la décision du 16 novembre 2010 qui fixait auparavant ce modèle.

DROIT DE LA FAMILLE

Etat civil – Mariage – Filiation – Adoption – Nom de famille

[Décret n° 2013-429 du 24 mai 2013](#) portant application de la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe et modifiant diverses dispositions relatives à l'état civil et du code de procédure civile - Ce décret tire les conséquences de la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, qui rend nécessaire l'adaptation d'un certain nombre de textes afin de prendre en compte l'existence de couples et de parents de même sexe. S'agissant du choix du nom de famille il est précisé qu'en cas de désaccord entre les parents sur le choix du nom de leur enfant, celui-ci prendra les noms de ses deux parents accolés selon l'ordre alphabétique. Il crée la déclaration conjointe de choix de nom souscrite dans le cadre de la procédure d'adoption. Enfin, il procède à la mise à jour de diverses dispositions relatives au droit des personnes et de la famille.

PROCEDURE

Procédure - Cour administrative d'appel - Représentation des parties

[Décret n° 2013-409 du 17 mai 2013](#) relatif à la représentation des parties en première instance devant la cour administrative d'appel - Ce décret fixe les règles de représentation des parties pour les litiges relevant en première instance des cours administratives d'appel. Il pose le principe de l'obligation du ministère d'avocat. Cette obligation ne s'applique pas aux recours pour excès de pouvoir et aux demandes d'exécution d'un arrêt définitif. L'Etat en est par ailleurs dispensé. Pour le reste, le décret renvoie aux règles s'appliquant devant les tribunaux administratifs.

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

CNIL – Messagerie sécurisée de santé

Délibération n° 2013-096 du 25 avril 2013 autorisant la mise en œuvre à titre expérimental du service national de « Messagerie Sécurisée de Santé » par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (Demande d'autorisation n° 1639657) – La CNIL a été saisie par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) d'une demande d'autorisation concernant un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la mise en œuvre du service national de « Messagerie Sécurisée de Santé » (MMS). Le déploiement de ce service permet, entre professionnels de santé participant à la prise en charge d'un patient, l'échange sécurisé des données de santé le concernant nécessaire à la continuité des soins ou à la détermination de la meilleure prise en charge sanitaire possible. La CNIL précise dans sa délibération que « *cette messagerie est une priorité pour les pouvoirs publics et les ordres professionnels qui souhaitent voir les professionnels de santé disposer d'un outil garantissant la sécurité et la confidentialité lors d'échanges de données de santé à caractère personnel.* » Seuls peuvent être destinataires de ces messages les professionnels enregistrés au RPPS ou dans le système d'information qui gère les cartes de professionnels de santé et les certificats (SI CPS). L'habilitation à consulter des données de santé ne peut être attribuée qu'à des personnes soumises au secret professionnel, et dans la stricte limite de leurs missions. Conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, la CNIL précise que le « *patient doit être dûment averti de l'échange d'informations le concernant dans le cadre de sa prise en charge par plusieurs professionnels de santé. Elle estime nécessaire, dans ces conditions, que les spécificités de la MSS (modalités de conservation des données échangées, modalités particulières d'exercice des droits des personnes) lui soient clairement précisées, afin de lui permettre d'exercer pleinement ses droits.* » S'agissant de la durée de conservation des données, la CNIL demande qu'une limite de durée de conservation des données de santé soit définie par le responsable de traitement, et qu'un mécanisme d'effacement automatique soit mis en œuvre. Sur la sécurité des données et la traçabilité des actions, il est précisé que « *les professionnels de santé, utilisateurs finaux, accéderont à la MSS à l'aide de leur carte de professionnel de santé (CPS) ou par un identifiant et un mot de passe personnel, couplé à un mot de passe à usage unique (OTP) dont les caractéristiques devront être conformes aux recommandations de la CNIL en la matière. Les transmissions de données entre les serveurs de l'hébergeur et le poste de travail du professionnel de santé seront chiffrées au moyen du protocole HTTPS, qui permet de garantir la confidentialité des données échangées* »

La CNIL autorise la mise en œuvre à titre expérimental de la première et de la deuxième version du service MSS par l'ASIP Santé pendant une durée de deux ans

MARCHÉS PUBLICS

Délégation de service public – Convention – Résiliation

Conseil d'Etat, 7 mai 2013, n°365043 - Une commune a conclu deux conventions pour une durée de vingt-cinq ans avec une Société X portant sur la modernisation et l'exploitation de trois parcs de stationnement souterrain et sur voirie. Le Maire de la commune a notifié par une décision du 25 juillet 2012 à la Société X la résiliation de ces conventions en raison de leur durée excessive. La Société X demande au Conseil d'Etat d'annuler l'ordonnance du juge des référés qui avait rejeté sa demande de suspendre la décision de la Commune et autorisait le Maire à résilier les deux conventions jusqu'à ce qu'il soit statué au fond sur la légalité de cette décision et d'ordonner la reprise provisoire des relations contractuelles. Dans cette décision le Conseil d'Etat rappelle qu'une personne publique peut résilier unilatéralement une convention de délégation de service public au motif que sa durée est excessive et que pour ce faire, le recours préalable au juge n'est pas obligatoire. Le Conseil d'Etat considère en effet « *qu'aux termes de l'article L. 1411-2 du code général des collectivités territoriales " Les conventions de délégation de service public doivent être limitées dans leur durée. Celle-ci est déterminée par la collectivité en fonction des prestations demandées au délégataire. Lorsque les installations sont à la charge du délégataire, la convention de délégation tient compte, pour la détermination de sa durée, de la nature et du montant de l'investissement à réaliser et ne peut dans ce cas dépasser la durée normale d'amortissement des installations mises en œuvre (...); qu'eu égard à l'impératif d'ordre public imposant de garantir, par une remise en concurrence périodique, la liberté d'accès des opérateurs économiques aux contrats de délégation de service public et la transparence des procédures de passation, la nécessité de mettre fin à une convention dépassant la durée prévue par la loi d'une délégation de service public constitue un motif d'intérêt général justifiant sa résiliation unilatérale par la personne publique, sans qu'il soit besoin qu'elle saisisse au préalable le juge. »*

PUBLICATIONS AP-HP

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

