

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 31 mars 2016

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Commande publique	page 2
Organisation hospitalière	page 3
Responsabilité médicale	page 5
Personnel	page 8
Patient hospitalisé	page 9
Organisation des soins	page 11
Coopération - Associations	page 11
Réglementation sanitaire	page 12
Frais de séjour	page 13
Publications	page 14

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Sabrina GARCIA

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN - MARIS

Audrey VOLPE

COMMANDE PUBLIQUE

Marchés publics – Régime

[Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016](#) relatif aux marchés publics – Ce décret s'applique aux marchés publics pour lesquels une consultation est engagée ou un avis d'appel à la concurrence est envoyé à la publication à compter du 1er avril 2016. Il transpose les dispositions de la directive 2014/24/UE du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et de la directive 2014/25/UE du 26 février 2014 relative à la passation de marchés par des entités opérant dans les secteurs de l'eau, de l'énergie, des transports et des services postaux et prévoit les mesures d'application de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

[Ce décret fera l'objet d'une analyse spécifique de la DAJ à l'occasion de notre prochaine newsletter.](#)

Commande publique - Seuils de procédures - Autorités publiques centrales

[Avis](#) relatif aux seuils de procédure et à la liste des autorités publiques centrales en droit de la commande publique.

Commande publique – Travaux – Liste des activités

[Avis](#) relatif à la liste des activités qui sont des travaux en droit de la commande publique.

Commande publique – Droit environnemental, social et du travail – Dispositions internationales – Offre anormalement basse - Rejet

[Avis](#) relatif à la liste des dispositions internationales en matière de droit environnemental, social et du travail permettant de rejeter une offre comme anormalement basse en matière de marchés publics.

Marchés publics – Spécifications techniques

[Avis](#) relatif à la nature et au contenu des spécifications techniques dans les marchés publics.

Commande publique – Services sociaux – Services spécifiques

[Avis](#) relatif aux contrats de la commande publique ayant pour objet des services sociaux et autres services spécifiques

Marchés publics – Candidats – Capacité économique et financière - Documents justificatifs

[Arrêté du 29 mars 2016](#) fixant la liste des renseignements et des documents pouvant être demandés aux candidats aux marchés publics - Cet arrêté fait suite à l'entrée en vigueur du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, qui prévoit en son article 50 que « *pour vérifier que les candidats satisfont aux conditions de participation à la procédure, l'acheteur peut exiger la production des renseignements et documents figurant sur une liste établie par arrêté du ministre chargé de l'économie* ». Entrant en vigueur le 1^{er} avril 2016, il s'applique aux marchés publics pour lesquels une consultation est engagée ou un avis d'appel public à la concurrence est envoyé à la publication à cette date. Dans le même temps, ce texte abroge l'arrêté du 28 août 2006 fixant la liste des renseignements et des documents pouvant être demandés aux candidats aux marchés passés par les pouvoirs adjudicateurs.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE



Groupement hospitalier de territoire (GHT) – Stratégie – Mise en œuvre

[Rapport](#) de fin de mission « Groupements hospitaliers de territoire » - Ce rapport fait suite à la mission créée dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont la création « *procède d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation, etc.)* ». Il présente des orientations pour les décrets d'application (contenu du projet médical partagé, gouvernance, pôles inter-établissements, compte qualité unique, etc.), pour un modèle de financement d'une activité territorialisée grâce à la télémédecine, et pour l'accompagnement du déploiement (boîte à outils, plan de formation national, dialogue social).



Conflit d'intérêts – Expertise sanitaire – Cour des comptes

[Rapport de la Cour des comptes](#) « [La prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire](#) – Mars 2016 – « La Cour des comptes rend public, le 23 mars 2016, un rapport sur la prévention des conflits d'intérêts en matière d'expertise sanitaire, demandé par la commission des affaires sociales du Sénat, qui dresse un premier bilan de la loi du 29 décembre 2011 en ce domaine. Malgré son ambition, le dispositif de transparence institué par ce texte présente des failles majeures (absence de contrôle des informations déclarées, sanctions pénales sans réelle portée, interprétation très restrictive des avantages consentis par les industriels aux professionnels de santé). La vérification de sa mise en œuvre dans cinq organismes (HAS, ANSM, INCa, CEPS, Oniam) met en lumière de fréquentes anomalies, qu'il s'agisse du respect des obligations déclaratives, de l'analyse des liens d'intérêts et des modes de gestion des conflits d'intérêts, de la publicité des séances ou du contenu financier des conventions passées avec les professionnels de santé, sur lequel un premier éclairage est apporté. Ce bilan appelle, en complément de la loi du 26 janvier 2016, des mesures pour mieux organiser l'administration centrale et les agences sanitaires, soutenir l'indépendance et la qualité de l'expertise sanitaire, renforcer l'efficacité du dispositif de déclarations d'intérêts et instaurer un contrôle effectif de leur véracité par une instance indépendante. La Cour formule dix recommandations en ce sens. »

Loi de modernisation de notre système de santé - Politique de santé - Territorialisation

[Décret n° 2016-314 du 16 mars 2016](#) relatif au Comité national du pacte territoire-santé - Ce texte vient préciser les dispositions de l'article L. 1434-14 du code de la santé publique relatif au pacte territoire-santé, issu de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il détermine les missions, la composition et les modalités de fonctionnement du Comité national chargé d'élaborer le pacte territoire-santé et d'en assurer le suivi.

[Arrêté du 16 mars 2016](#) relatif au Comité national du pacte territoire-santé - Cet arrêté définit la liste des membres du Comité national du pacte territoire-santé prévus par le décret du 16 mars 2016.

Codification à droit constant - Secteur public - Information - Réutilisation

[Ordonnance n° 2016-307 du 17 mars 2016](#) portant codification des dispositions relatives à la réutilisation des informations publiques dans le code des relations entre le public et l'administration - Ce texte est pris en application de l'article 11 de la loi n° 2015-1779 du 28 décembre 2015 relative à la gratuité et aux modalités de la réutilisation des informations du secteur public, qui prévoit que, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnance toutes mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour modifier et compléter le code des relations entre le public et l'administration, afin de codifier, à droit constant, les articles 10 à 19 et 25 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, dans leur rédaction issue de la loi précitée du 28 décembre 2015.

[Décret n° 2016-308 du 17 mars 2016](#) relatif à la réutilisation des informations publiques et modifiant le code des relations entre le public et l'administration (dispositions réglementaires) - Ce décret codifie les dispositions réglementaires relatives à la réutilisation des informations publiques en coordination avec l'ordonnance n° 2016-307 du 17 mars 2016 portant codification des dispositions relatives à la réutilisation des informations publiques dans le code des relations entre le public et l'administration.

Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) – Plan global de financement pluriannuel (PGFP) – Comité de la performance et de la modernisation (COPERMO)

[Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016](#) relative à la procédure budgétaire des établissements de santé – Ce texte fait suite à l'entrée en vigueur de l'article 27 de la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019 et du décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des établissements de santé. L'objectif est d'« organiser, suffisamment en amont de l'exécution budgétaire, le dialogue de gestion financière interne aux établissements et entre l'ARS et les établissements concernés », et d'« améliorer l'analyse pluriannuelle relative aux grands équilibres financiers ». L'instruction évoque l'avancée du calendrier budgétaire, l'adaptation du régime des décisions modificatives de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et de son suivi infra-annuel, et l'appréciation de la soutenabilité financière. Elle présente six annexes, notamment le nouveau format du TPER.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Patient greffé – Cancer – Retard de diagnostic – Responsabilité

Tribunal administratif de Nantes, 9 mars 2016, n° 1209310 - Mme X, atteinte depuis son enfance d'une maladie rénale sévère, a bénéficié en juin 2008 d'une transplantation rénale. Si la greffe est réalisée avec succès, l'état de santé de la patiente se dégrade rapidement dès le mois de mai 2009. Des examens révèlent la présence d'une tumeur sur le greffon. La patiente décède le 6 juin 2009. Sa mère et son mari demandent la condamnation du centre hospitalier universitaire (CHU) à les indemniser des préjudices subis en raison du décès de Mme X. Le Tribunal administratif de Nantes condamne le CHU en considérant que « si aucune faute ne peut être retenue à l'encontre du CHU lors de la transplantation du greffon et de la surveillance postopératoire immédiate, *« il y a eu indiscutablement erreur dans l'établissement du diagnostic de tumeur urothéliale profonde présente dans le rein greffé et responsable des hématuries macroscopiques confondues avec un phénomène de rejet »* et *« qu'un examen d'imagerie plus précis qu'une simple échographie aurait pu permettre de faire ce diagnostic »*, soulignant *« une erreur de raisonnement médical »* en mettant en cause *« possiblement l'insuffisante compétence des radiologues ; qu'alors que les experts soulignent que la mort de la malade est en relation directe et certaine avec la greffe, l'évolution de l'état de santé de Mme X apparaît comme étant la conséquence directe et certaine des fautes liées au retard et à l'erreur de diagnostic relevées lors de son hospitalisation ; qu'il suit de là que les requérants sont fondés à soutenir que ces fautes sont de nature à engager la responsabilité du CHU à leur égard »*. Les juges évaluent la perte de chance que les fautes du CHU ont fait perdre à la patiente d'éviter une issue fatale à 50%. Le CHU doit indemniser le préjudice d'affection, la compensation de la perte de revenus de Mme X ainsi que les frais d'obsèques au mari de la patiente ainsi que le préjudice d'affection subis par les parents de la patiente décédée. Enfin, le CHU est tenu de rembourser la CPAM de Maine et Loire des débours occasionnés par la prise en charge de Mme X.

Soins sous contrainte – Responsabilité hospitalière – Faute – Défaut de surveillance – Suicide – Indemnisation – Evaluation – Motivation

Conseil d'Etat, 10 mars 2016, n°383617 - M. X a été admis le 31 janvier 2004 au sein d'un centre hospitalier dans le cadre d'une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers. Dans la nuit du 31 janvier au 1^{er} février 2004, il a quitté cet établissement avant de mettre fin à ses jours. Par un jugement du 12 février 2013, devenu définitif sur ce point, le Tribunal administratif de Grenoble a retenu que l'absence de surveillance de M. X constituait une carence fautive de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier et a condamné l'établissement à verser la somme de 33 389 euros à la veuve de M. X au titre de son préjudice d'affection et des frais d'obsèques. Mme X a fait appel de ce jugement. La cour administrative d'appel de Lyon a, le 12 juin 2014, fixé l'indemnisation du préjudice économique de Mme X à 120 000 euros, préjudice qui n'avait pas été retenu en première instance. Le centre hospitalier se pourvoit en cassation. La Cour de cassation annule l'arrêt du 12 juin 2014 considérant que la cour administrative d'appel a entaché son arrêt d'une insuffisance de motivation : *« il ressort des mentions de l'arrêt attaqué qu'après avoir évalué respectivement à 8550 et 11300 euros les revenus annuels de M. et Mme X. et fixé à 50% la part des revenus de la victime consacrée à l'entretien de son épouse, la cour administrative d'appel de Lyon s'est fondée sur l'ensemble des circonstances de l'espèce pour fixer forfaitairement l'indemnisation de Mme X. à 120 000 euros ; qu'en statuant ainsi, sans avoir précisé le raisonnement qui l'avait conduite à retenir ce dernier chiffre à partir des premiers éléments qu'elle mentionnait, la cour a entaché son arrêt d'une insuffisance de motivation »*.

Responsabilité médicale – Infection nosocomiale – Gravité – Solidarité nationale

Cour administrative d'appel de Paris, 07 mars 2016, 14PA02703 - Un enfant, né le 13 novembre 2001, était porteur d'une atrésie des voies biliaires révélée à un mois par l'existence d'un ictère. Il a bénéficié le 21 février 2002 d'une intervention de Kasai, qui a échoué. A l'occasion de cette intervention, une biopsie hépatique a révélé une cirrhose débutante. En octobre 2002, à la suite de l'échec de cette intervention, la nécessité d'une transplantation hépatique a été évoquée. En novembre 2002, il a été hospitalisé pour une décompensation ascitique et l'apparition de kystes biliaires qui ont progressivement augmenté. Le 7 janvier 2003, il a à nouveau été opéré pour le drainage externe d'une volumineuse cavité du lobe hépatique gauche et a été placé, le 14 janvier 2003, sur la liste d'attente des transplantations hépatiques. Le 3 mars 2003, une septicémie à *E. Coli* avec thrombose du cathéter s'est déclarée. Une défaillance multiviscérale avec nécrose hépatique s'est ensuite installée, nécessitant une hospitalisation en réanimation pédiatrique. Cette réanimation intensive a permis d'améliorer l'état de l'enfant, qui a été inscrit le 11 mars 2003 sur la liste des extrêmes urgences pour une transplantation hépatique. La transplantation a lieu le 12 mars 2003 au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU). L'examen histologique a conclu à une cirrhose biliaire secondaire et à une nécrose à 100 % du foie malade. Les suites de la greffe ont été marquées par une défaillance respiratoire, une immunosuppression, une infection, une infection du cathéter central et une hypertension artérielle. Son état s'est amélioré et a permis sa sortie de réanimation. Il a quitté le service de réanimation pédiatrique pour le service de chirurgie d'hépatologie le 1er avril. Dans la nuit du 5 au 6 avril 2003, l'enfant a été victime d'une poussée hypertensive artérielle et a fait un malaise brutal. Il a été réanimé et le scanner cérébral a révélé un saignement intracérébral avec inondation ventriculaire et hématome capsulo-thalamo-pédonculaire droit qui a été considéré comme inopérable. La réanimation a donc été poursuivie. Le scanner de contrôle du 7 avril a montré une majoration de l'œdème cérébral et une dilatation ventriculaire. L'évolution a été favorable sur le plan hépatique. L'enfant est rentré à son domicile le 4 août 2003, en hospitalisation à domicile. L'amélioration neurologique a été lente et incomplète mais l'enfant conserve des séquelles importantes. Les parents de cet enfant ont saisi la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI) à fin d'indemnisation amiable des préjudices qu'ils estiment que leur enfant a subis de son hospitalisation au CHU. La CRCI a rejeté leur demande. Ils ont recherché, devant le Tribunal administratif de Melun, la réparation, tant au titre de la solidarité nationale que de la responsabilité pour faute, des séquelles résultant de l'infection nosocomiale dont a été victime leur enfant le 3 mars 2003 et ont recherché la responsabilité du CHU pour défaut d'organisation du service public hospitalier et pour faute médicale à raison des séquelles dont souffre leur enfant du fait de la poussée hypertensive survenue dans la nuit du 5 au 6 avril 2003.

La Cour administrative d'appel considère que « *le lien de causalité entre l'infection nosocomiale survenue le 3 mars 2003 et les séquelles dont souffre l'enfant n'est pas établi et, ainsi, la responsabilité pour faute [du CHU] ne peut être recherchée* ». Néanmoins, elle relève que « *l'enfant a été victime le 3 mars 2003 d'une septicémie à *E. Coli* avec thrombose du cathéter central, cette infection devant être regardée comme nosocomiale. [Le CHU] n'apporte pas la preuve d'une cause étrangère à ladite infection. Par suite, sa responsabilité est engagée sur le terrain de la faute présumée et [il] doit être condamnée à réparer les dommages directement liée à cette infection nosocomiale* ».

S'agissant de la réparation au titre de la solidarité nationale, « *il résulte de l'instruction, (...) que la poussée hypertensive dont a été victime l'enfant dans la nuit du 5 au 6 avril 2003 est courante en post-greffe et est liée aux traitements immunosuppresseurs prescrits. Par suite, les conséquences de cette poussée hypertensive dont souffre l'enfant ne peuvent être regardées comme anormales au sens des dispositions précitées du paragraphe II de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique, et les requérants ne sont, dès lors, pas fondés à demander la réparation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, au titre de la solidarité nationale, ni des préjudices que leur enfant a subis des suites de sa prise en charge de son atrésie des voies biliaires, ni de leurs préjudices propres* ».

Responsabilité hospitalière – Préjudice d'accompagnement – Indemnisation

Conseil d'Etat, 10 décembre 2015, n° 374038 - Mme X, a subi une embolie gazeuse lors d'une intervention pratiquée au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU) le 19 septembre 2008. La patiente, son époux et leurs enfants ont recherché la responsabilité du CHU au titre des fautes ayant conduit à cette embolie et à la prise en charge insuffisante de ses suites.

Par un jugement du 30 octobre 2012, le tribunal administratif a considéré que la responsabilité devait être partagée entre le CHU et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), à hauteur de 80 % pour le CHU. La Cour administrative d'appel a toutefois condamné l'AP-HP à réparer intégralement les préjudices subis en versant à Mme X la somme de 205 852,44 euros au titre des préjudices patrimoniaux et extrapatrimoniaux, et à M. X une somme de 15 000 euros au titre de son « préjudice d'accompagnement » et de son préjudice moral. Les époux X ont formé un pourvoi en cassation en raison de l'insuffisance des indemnisations concernant le besoin de recours à une tierce personne et du préjudice d'accompagnement pour l'époux de la patiente. Le CHU a également formé un pourvoi incident concernant l'indemnisation du préjudice d'accompagnement.

Concernant l'évaluation du préjudice du conjoint, le Conseil d'Etat précise que « *si l'indemnisation des frais d'assistance par une tierce personne ne peut intervenir qu'au profit de la victime, les proches de la victime qui lui apportent une assistance peuvent prétendre à être indemnisés par le responsable du dommage au titre des préjudices qu'ils subissent de ce fait* ». Le conjoint de la victime peut ainsi prétendre, le cas échéant, à la réparation d'un préjudice propre réparant les troubles dans ses conditions d'existence ayant résulté pour lui de l'obligation d'apporter une aide à la victime. L'indemnité accordée à ce titre ne fait pas double emploi avec la somme allouée à la victime pour la mettre en mesure d'assumer, à l'avenir, les frais afférents à l'assistance par une tierce personne. Ce préjudice propre peut être évalué de façon forfaitaire.

Par cette décision, le Conseil d'Etat applique la nomenclature « *Dintilhac* » - qui détermine une liste des postes de préjudice dont une victime peut demander réparation -, afin d'apprécier les modalités d'indemnisation du conjoint de la victime d'un accident médical dont la responsabilité est imputable au service public hospitalier. Il considère également que le préjudice « d'assistance par tierce personne » ne peut être invoqué que par la victime.

PERSONNEL

Aumôniers – Bénévoles – Contractuels – Recensement

[Instruction DGOS/RH4/DGCS n° 2016-19 du 20 janvier 2016](#) relative au recensement des aumôniers intervenant dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 – Cette instruction a pour objet de mettre en place un recensement annuel des aumôniers intervenant dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, notamment dans les établissements de santé. Ce premier recensement intervient dans le cadre de l'élaboration d'un décret en Conseil d'État, porté par le ministère de l'Intérieur, mettant en place une obligation de diplôme universitaire de « *formation civile et civique* » pour les aumôniers. Ce recensement sera effectué, chaque année, par les référents laïcité des ARS.

Il est rappelé dans l'instruction les termes de la circulaire DHOS/P1 n° 2006-538 du 20 décembre 2006 : « *Les aumôniers sont recrutés ou autorisés par les chefs d'établissement sur proposition des autorités cultuelles dont ils relèvent en fonction de leur organisation interne : évêchés, consistoires israélites central, régionaux ou locaux, aumônier national hospitalier du conseil français du culte musulman ou des conseils régionaux du culte musulman et commissions nationale ou régionale des aumôneries des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la Fédération protestante de France ou présidents des conseils régionaux de l'Église réformée de France, etc.* »

Sage-femme – Profession – Exercice – Médecin étranger

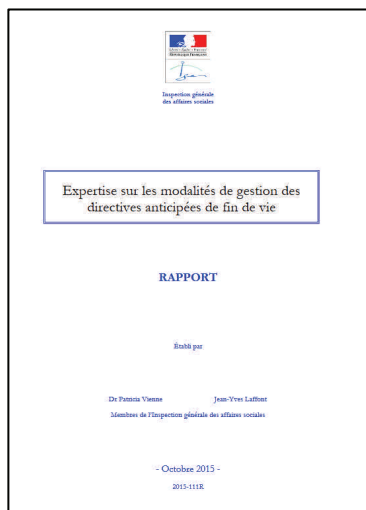
[Cour administrative d'appel de Paris, 07 mars 2016, n° 14PA04694](#) - Mme Y, ressortissante d'origine iranienne naturalisée française le 19 mai 2005, a sollicité du ministre chargé de la santé le 28 janvier 2008 son inscription au tableau de l'ordre des sages-femmes de Paris et l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme en France. Le ministre a implicitement rejeté sa demande par une décision en date du 1er avril 2008. Le Tribunal administratif a rejeté la demande de Mme Y tendant à l'annulation de cette décision. Par une décision du 3 novembre 2014, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêt de la Cour administrative d'appel en tant qu'il avait rejeté les conclusions de Mme Y dirigées contre la décision implicite du ministre de la santé lui refusant l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme et a renvoyé l'affaire devant la même Cour.

Le Conseil d'Etat relève que « *Mme Y a, le 21 septembre 1992, obtenu un certificat de scolarité de l'Ecole des sages-femmes de la Faculté Libre de médecine de Lille ne lui permettant pas d'exercer en France compte tenu de sa nationalité iranienne. Elle a, cependant, par la suite, obtenu la reconnaissance de sa formation en Belgique, d'abord, par un arrêté du 30 septembre 2003, du gouvernement de la communauté française portant équivalence d'un diplôme ou certificat d'études étranger, puis, alors qu'elle avait été naturalisée française, par une attestation du directeur fédéral de la santé du 1er mars 2007 l'autorisant à exercer la profession de sage-femme en Belgique dès lors que cette équivalence correspondait au " diplôme d'accoucheuse " (...). Dans ces conditions, Mme Y remplissait les conditions (...) pour être autorisée à exercer en France la profession de sage-femme* ».

La Haute juridiction administrative considère ainsi que la requérante est fondée à soutenir que c'est à tort que le Tribunal administratif a rejeté sa demande en tant qu'elle était dirigée contre le refus implicite du ministre chargé de la santé de l'autoriser à exercer la profession de sage-femme en France, annule le jugement attaqué ainsi que la décision litigieuse du 1er avril 2008 et ordonne au ministre chargé de la santé de l'y autoriser.

PATIENT HOSPITALISÉ

Fin de vie – Directives anticipées – Rapport IGAS



Rapport IGAS « Expertise sur les modalités de gestion des directives anticipées de fin de vie » - Octobre 2015 – « *A la demande de la ministre des Affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, l'IGAS a mené une expertise pour déterminer le ou les opérateurs les plus efficient(s) pour gérer le registre national des directives anticipées (DA) de fin de vie. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. Ce registre a été créé par la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie. Deux fonctions sont liées au registre : l'information et la promotion du dispositif auprès du public et des professionnels de santé, ainsi que l'aide au remplissage du formulaire et la gestion du registre.* » La mission formule six recommandations, dont la définition par le ministère en charge de la santé d'une politique de communication et d'orientations ainsi que du déploiement d'actions de formation, en associant les acteurs associatifs et les professionnels du secteur médico-social.



Haute Autorité de Santé (HAS) – Information du patient – Outil de communication

Brochure de la HAS « Faire dire – Communiquer avec le patient » - « *Un outil pour améliorer la communication entre les professionnels de santé et les usagers. Il s'inspire des outils internationaux existants nommés : Teach-back, Show-me ou Closing-the loop. C'est un outil de communication basé sur la reformulation par le patient de l'information donnée par le professionnel de santé. Son utilisation permet de s'assurer que les informations et les consignes reçues par le patient sont bien prises en compte et retenues. L'outil comporte 3 étapes successives : Expliquer - FAIRE DIRE - Réexpliquer si nécessaire.*

Représentants des usagers - Formation

[Arrêté du 17 mars 2016](#) fixant le cahier des charges de la formation de base des représentants d'usagers – L'article L.1114-1 du Code de la santé publique prévoit que les représentants des usagers suivent une formation de base délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées. Cette formation est conforme à un cahier des charges. Le cahier des charges ainsi que la liste des associations délivrant la formation sont arrêtés par le ministre chargé de la santé.

Soins psychiatriques sans consentement – SDRE – Poursuite des soins - Motifs

[Cour d'appel de Versailles, 18 mars 2016, n° 16/01187](#) – Un patient a été hospitalisé d'office le 26 juin 1996 après avoir été déclaré pénalement irresponsable. Il lui avait été reproché d'avoir donné la mort à sa compagne en décembre 1995. Ce patient a été hospitalisé dans différents établissements et a été placé en sorties d'essai puis sous programme de soins. En avril 2014, il a saisi le juge des libertés et de la détention (JLD) d'une demande de mainlevée de son programme de soins : le juge a ordonné une double expertise psychiatrique. Les experts ont conclu à la nécessité du maintien d'une obligation de soins. Le JLD ainsi que le premier président de la Cour d'appel ont rejeté la demande de mainlevée du patient en 2014. Cette décision de la Cour d'appel a été cassée par un arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation le 8 juillet 2015.

Par cette ordonnance, la Cour d'appel de Versailles considère que « *la mesure de soins contraints ne peut être prolongée au motif d'un risque de rechute pour lequel il n'existe aucun signe et qui ne peut, quelle que soit l'évolution de la science et de la médecine, jamais être "totalement exclu" et alors que ne sont plus caractérisés des troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public* ». La Cour infirme ainsi l'ordonnance du JLD en date du 5 mai 2014 et considère qu'il y a lieu de faire droit à la requête tendant à voir ordonner la mainlevée des soins sous contrainte.

ORGANISATION DES SOINS

Loi de modernisation de notre système de santé – Expérimentation – « Salles de consommation à moindre risque »

Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque » - Cet arrêté permet l'approbation du cahier des charges fixant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation d'un mode d'intervention en matière de réduction des risques et des dommages chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) – Centre psychothérapeutique – Recommandations - Urgence

Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse).

Maladie neuro-dégénératives - Plan d'action

Instruction n° SG/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016 relative à la déclinaison régionale du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 - La présente circulaire précise le cadre de la mise en œuvre régionale par les agences régionales de santé des mesures du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 pour lesquelles une déclinaison régionale est attendue. Elle précise en annexe la liste des mesures concernées, les recommandations de bonnes pratiques utiles à leur mise en œuvre, les cadres de présentation des états des lieux et plans d'actions régionaux que les ARS devront produire et adresser au niveau national.

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Loi de modernisation de notre système de santé – Autonomie en santé – Accompagnement – Projets – Associations

Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé - Cet arrêté a pour objet de fixer le cahier des charges des expérimentations des projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé mentionné à l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé. Le cahier des charges a pour but de préciser les objectifs et le champ de l'expérimentation, le fonctionnement attendu des projets pilotes ainsi que le processus de sélection et d'évaluation des projets pilotes.

Groupement de coopération sanitaire – Personnalité morale – Acquisition

[Conseil d'Etat, 25 novembre 2015, n° 373544](#) - Le Conseil d'Etat rappelle qu'un groupement de coopération sanitaire jouit de la personnalité morale dès lors que l'acte approuvant sa convention constitutive a été publié selon les modalités prévues à l'article R. 6133-11 du code de la santé publique.

En l'espèce, M. X, médecin libéral, a demandé au tribunal administratif de Caen de condamner solidairement un centre hospitalier et un groupement de coopération sanitaire, créé entre le centre hospitalier et une polyclinique pour gérer le service des urgences, à l'indemniser du préjudice résultant de l'absence de rémunération de certaines des activités de médecine d'urgence qu'il a exercées au sein du groupement de coopération sanitaire. Il se pourvoit en cassation contre le jugement du tribunal administratif de Caen du 26 septembre 2013 qui a rejeté sa demande au motif, d'une part, que celle-ci n'était pas recevable en tant qu'elle était dirigée contre le groupement de coopération sanitaire, dépourvu d'existence juridique, et, d'autre part, que le centre hospitalier Y n'avait pas commis de faute de nature à engager sa responsabilité.

Le tribunal administratif de Caen avait relevé que « *la convention constitutive du groupement, qui a fait l'objet, le 22 décembre 2008, d'une décision d'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Basse-Normandie publiée au recueil des actes administratifs du Calvados du 30 décembre 2008, n'avait été ni datée ni signée et qu'une seconde convention « annulant et remplaçant » la première, signée le 8 avril 2010, n'avait pas fait l'objet d'une approbation et d'une publication par le directeur de l'agence régionale de santé* ». En déduisant de ces circonstances que le groupement de coopération sanitaire n'avait pas la personnalité morale, « *alors que l'acte approuvant la convention, qui n'était pas juridiquement inexistant, n'avait été ni retiré ni annulé et que ni sa légalité ni la validité de la convention constitutive ainsi approuvée n'avaient d'incidence sur l'acquisition de la personnalité juridique par le groupement* », le Conseil d'Etat estime que le tribunal a commis une erreur de droit et annule donc son jugement avant de renvoyer à nouveau l'affaire devant le même tribunal.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

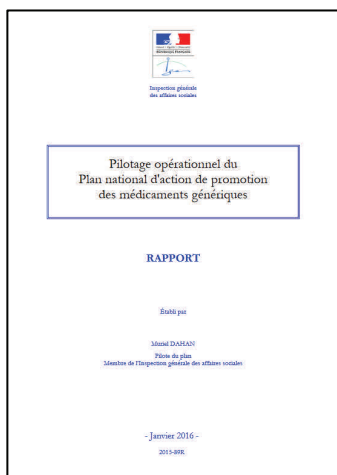
HAS – Médicaments – Administration – Interruption de tâche

[Guide HAS relatif à l'interruption de tâche lors de l'administration des médicaments - « Comment pouvons-nous créer un système où les bonnes interruptions sont autorisées et les mauvaises bloquées \(5\) »](#) - Janvier 2016 – La HAS poursuit ses travaux sur la sécurisation de l'étape d'administration des médicaments, en s'intéressant à l'interruption de tâche (IT).

L'IT est définie par l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité humaine. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'IT induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale.

Les objectifs de ce document sont de sensibiliser les professionnels de santé, les patients et leur entourage à l'interruption de tâche et de proposer des outils pour comprendre et agir en équipe sur l'IT afin de sécuriser l'administration des médicaments.





IGAS – Médicaments génériques – Plan national d'action

Rapport IGAS « Pilotage opérationnel du Plan national d'action de promotion des médicaments génériques » - Janvier 2016 – En septembre 2014, l'IGAS a été chargée de désigner un pilote pour un plan d'action de promotion des médicaments génériques, issu principalement de précédents travaux réalisés par l'IGAS en 2014. Le chef de l'IGAS a désigné, en octobre 2014, Muriel Dahan pour définir et piloter, auprès de la direction de la sécurité sociale (DSS) et en s'appuyant sur les services du ministère, de l'Assurance maladie et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et produits de santé (ANSM), le plan national de promotion des médicaments génériques. Ce rapport construit et piloté par la 2ème mission IGAS, comporte 7 axes et plus de 80 actions. Sont concernés les champs suivants : prescription, dispensation, hôpital, EHPAD, ville, communication, information, formation, essais et fabrication, répertoire et prix .

FRAIS DE SÉJOUR

Acte de terrorisme - Assurance maladie - Risque AT-MP

Circulaire interministérielle n° DSS/SD2/2016/72 du 14 mars 2016 relative à la mise en œuvre des dispositions du chapitre IX du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale - En son article 63, la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2016 (loi de financement de la sécurité sociale pour 2016) a instauré une prise en charge dérogatoire en faveur des victimes d'actes de terrorisme. Cette mesure vise à améliorer les droits des victimes qui seront notamment exonérées, pendant l'année suivant l'acte de terrorisme, du forfait journalier, des participations de l'assuré et des franchises et à simplifier leurs démarches, par la mise en place d'un mécanisme de tiers payant avec les établissements et les professionnels de santé. Le décret n° 2016-1 du 2 janvier 2016 a apporté les dispositions réglementaires d'application nécessaires.

Couverture maladie universelle - Protection complémentaire - Conditions de ressources - Appréciation - Conditions d'accès

Arrêté du 18 mars 2016 fixant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé - Le plafond annuel prévu à l'article L. 861-1 est fixé à 8 653,16 € pour une personne seule.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

