

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 juin au 2 juillet 2013

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Patient Hospitalisé	<a href="#">page 4</a>
Personnel	<a href="#">page 5</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 10</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 12</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 13</a>
Frais de séjour	<a href="#">page 14</a>
Urbanisme et construction	<a href="#">page 15</a>
Publications	<a href="#">page 16</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Camille FAOUR**

**Gislaine GUEDON**

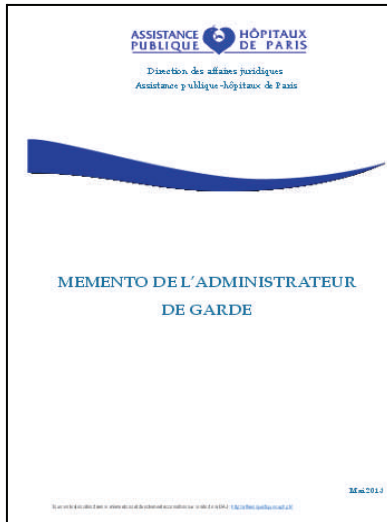
**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE



### Mémento de l'administrateur de garde – Version mai 2013

Cette version actualisée du Mémento de l'administrateur de garde comporte des mises à jour, portant notamment sur la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et sur le décret n° 2011-121 du 28 janvier 2011 relatif aux opérations funéraires. Il présente de nouvelles fiches de situation : sorties à l'insu du service, et signalement des crimes et délits...

### **Groupement de coopération sanitaire - Activité libérale - Actes d'imagerie**

Cour administrative d'appel de Nantes, 12 avril 2013, n°11NT03011 - En l'espèce, une SELARL ( demande à la Cour administrative d'appel de Nantes l'annulation d'un contrat conclu le 1er février 2010 par lequel une société d'exercice libéral (dont les membres exercent par ailleurs leur activité de médecins libéraux au sein d'une polyclinique X) s'engageait à prendre en charge la totalité des actes d'imagerie devant être dispensés aux patients d'un centre hospitalier, ceci dans le cadre de la formation d'un groupement de coopération sanitaire entre ce centre hospitalier et la polyclinique X.

Le tribunal administratif d'Orléans a, dans un premier temps, rejeté cette demande.

La Cour administrative d'appel de Nantes considère que "il résulte de la définition de l'objet du contrat qu'il a pour but de définir les modalités de l'exercice par les médecins libéraux de la SELARL de leur activité d'imagerie médicale dans l'établissement public hospitalier membre du groupement de coopération sanitaire, en l'articulant avec l'activité de même nature qu'ils exercent déjà au sein de l'établissement de santé privé du même groupement ; que ce contrat constitue ainsi une modalité de l'organisation interne du groupement de coopération sanitaire, lequel a d'ailleurs été institué sous la forme d'une personne morale de droit privé à but non lucratif, notamment pour gérer un plateau technique commun d'imagerie médicale ; que, dans ces conditions, il ne peut pas être regardé comme un contrat conclu entre un pouvoir adjudicateur et un opérateur économique au sens du deuxième alinéa du I de l'article 1er du Code des marchés publics et n'est donc pas soumis à ce code et aux règles de publicité et de mise en concurrence qu'il détermine".

Par conséquent, la SELARL n'est pas fondée à soutenir que le contrat en litige a été conclu en méconnaissance des règles de publicité et de mise en concurrence applicables aux marchés publics. Sa demande est donc rejetée.



### Cour des comptes – Rapport annuel – Année 2013

[Rapport de la Cour des comptes](#), La situation et les perspectives des finances publiques, juin 2013 – Pour l'année 2012, la Cour des comptes relève que « *les dépenses d'assurance maladie ont été nettement inférieures à l'objectif fixé par la loi de financement* ». Malgré une activité sensiblement plus élevée que prévue en nombre de séjours et d'actes, les réalisations des établissements de santé « *ont été inférieures de 50 M€* » à l'ONDAM.

Pour 2013, la Cour relève qu'un « *suivi strict de la mise en œuvre des mesures d'économie et pour les établissements hospitaliers, l'annulation des crédits mis en réserve en début d'année seraient* » de nature « *à permettre de revenir à un niveau de sous-réalisation de l'ordre de 500 M€* », destiné à « *compenser pour une large part la sous-estimation des dépenses locales* ».

En niveau hospitalier, les résultats provisoires disponibles pour 2012 font « *apparaître un redressement significatif des résultats* » dont les causes sont liées à des facteurs exceptionnels, hausse non accompagnée d'une « *augmentation équivalente de la capacité d'autofinancement globale, qui se stabilise à un niveau représentant 5,5% des produits perçus par les hôpitaux* ». L'endettement hospitalier se poursuit : « *la dette serait passée de 26,1 Md€ à 28,7 Md€, entre fin 2011 et fin 2012* ». Au niveau des perspectives financières de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, la Cour des comptes estime que « *sans mesures de recette* », la branche ne pourrait être ramenée à l'équilibre à l'horizon 2020 qu'en abaissant la progression annuelle de l'ONDAM « *à + 2,2% à compter de 2014 et sur tout la période, soit un niveau plus faible que celui envisagé par le Gouvernement pour les seules années 2014-2017 (2,6% en 2014 et 2,5% au-delà)* ». La Cour poursuit : « *même s'il convient de porter une attention spécifique à la situation financière de certains hôpitaux, il est possible d'abaisser au minimum de 0,2 point chaque année l'objectif de progression de l'ONDAM, c'est-à-dire de le ramener à 2,4 % en 2014 (au lieu de 2,6 %), et à 2,3 % pour 2015 et 2016 (au lieu de 2,5 %)* ».

La Cour annonce que de nouvelles propositions seront formulées en septembre 2013 dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, afin de « *faciliter le respect d'un ONDAM ainsi resserré* » : modération des tarifs règlementés notamment.

Par ailleurs, la Cour des comptes rappelle que les effectifs de la fonction publique hospitalière ont augmenté de 1,1 % par an : « *si les effectifs des collectivités locales et des hôpitaux diminuaient, comme ceux de l'État, de 0,5 % par an, au lieu d'augmenter respectivement de 1,4 et 1,1 %, il en résulterait une économie annuelle d'environ 2,5 Md€ pour les administrations publiques Si leur effectifs étaient stabilisés, cette économie serait de 1,7 Md€ par an* ». Elle poursuit : dans la mesure où « *l'évolution des effectifs des collectivités locales et des hôpitaux échappant à son contrôle direct, le seul outil de régulation transversale dont dispose l'État en matière de masse salariale est l'évolution du point de la fonction publique, dont l'enjeu budgétaire est considérable puisqu'elle s'applique automatiquement aux trois fonctions publiques. Chaque revalorisation de 1 % accroît de 1,8 Md€ les dépenses publiques. La poursuite du gel du point au-delà de 2013 est donc essentielle à leur maîtrise* ». Pour les hôpitaux, la Cour chiffre l'augmentation des dépenses de personnel à environ 400 M€ lors de la hausse de 1 % du point de la fonction publique.

La Cour préconise enfin la mise en place d'un tarif forfaitaire de responsabilité par classe thérapeutique pour réduire les dépenses de statines et d'anti-ulcéreux, le respect du référentiel de prescriptions notamment en matière de transports sanitaires, la limitation de la prise en charge d'une grande partie des cotisations maladie et famille par la CNAMTS des médecins libéraux ayant adhéré à l'option de coordination, et le réexamen des modalités de calcul et du taux de remplacement des indemnités journalières.

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Fugues – Sortie à l'insu du service – Jurisprudences

[Fiche pratique DAJ « Fugues – Exemples de jurisprudences »](#) - Cette fiche pratique élaborée par la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP a pour objet de présenter les critères jurisprudentiels et principes de responsabilité retenus dans le cadre des contentieux liés à une sortie de patient à l'insu du service (fugue). Cette fiche revient également sur un certain nombre d'exemples de jurisprudence AP-HP et hors AP-HP.



### Défenseur des droits – Rapport annuel – Année 2012

[Rapport annuel du défenseur des droits – JUIN 2013](#) - Le Défenseur des droits, Dominique Baudis, a rendu public le 20 juin son rapport annuel pour 2012. Ce rapport précise que l'institution a reçu plus de 100 000 demandes d'interventions ou de conseils adressés par des particuliers.



### Fin de vie - Directives anticipées - Soins palliatifs - Formation - Assistance au suicide - Aide active à mourir - Éthique - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)

[Avis n°121 du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé \(CCNE\) du 1er juillet 2013 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir »](#) - Cet avis "présente l'état actuel des réflexions du CCNE qui prend en compte les évolutions de la loi et des pratiques au cours des dix dernières années au sujet des droits des personnes malades et des personnes en fin de vie, et le rapport de la Commission Sicard". Le Comité, "tout en soulignant avec force la valeur structurante et incontournable de l'interdit de donner la mort à autrui, a [...] constaté que si l'application de la loi amenait à qualifier l'euthanasie d'homicide volontaire, d'assassinat ou de non-assistance à personne en danger, les juridictions faisaient preuve, lorsqu'elles étaient saisies en la matière, de la plus grande indulgence". Certaines recommandations ont obtenu l'accord unanime des membres du Comité (nécessité de faire cesser toutes les atteintes à la dignité et l'isolement social; nécessité de développement de l'accès aux soins palliatifs, notamment à domicile, et à la formation des personnels; droit à une sédation profonde si la personne l'a souhaité; association des proches et prise en compte des directives anticipées). D'autres sujets divisent, même si "la majorité des membres du Comité expriment des réserves majeures" sur le "droit d'une personne en fin de vie à avoir accès, à sa demande, à un acte médical visant à accélérer son décès, et/ou le droit à une assistance au suicide". Un argument en ce sens consiste à considérer que "toute évolution vers une autorisation de l'aide active à mourir pourrait être vécue par des personnes vulnérables comme un risque de ne plus être accompagnées et traitées par la médecine si elles manifestaient le désir de poursuivre leur vie jusqu'à la fin".

Pour conclure, le Comité estime que « a réflexion sur le sujet de la fin de la vie n'est pas close et qu'elle doit se poursuivre sous la forme d'un débat public », notamment à travers la discussion relative au projet de loi sur ces sujets, annoncé par le chef de l'Etat, discussion que le Comité souhaiterait voir être organisée sous la forme « d'états généraux réunissant « des conférences de citoyens choisis de manière à représenter la société dans sa diversité ».

## **Associations – Représentants des usagers – Instances hospitalières – Agrément national**

[Arrêté du 11 juin 2013](#) portant agrément et 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 la « Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité » et du «Collectif interassociatif autour de la naissance » pour cinq ans à compter du 4 août 2013. Il délivre pour cinq ans un agrément au niveau national à l'« Association pour la reconstruction du sein par DIEP ».

## **PERSONNEL**

### **Fonction publique hospitalière - Assistants médico-administratifs – Formation – Adaptation à l'emploi – FAE**

[Arrêté du 4 juin 2013](#) relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (branche assistance en régulation médicale) – Cet arrêté organise la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière, de la branche assistance en régulation médicale. Cette formation d'adaptation à l'emploi doit permettre l'acquisition et le développement des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions qu'exercent ces agents dans les services d'aide médicale urgente des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Les dispositions de cet arrêté s'appliquent aux formations d'adaptation à l'emploi mises en œuvre à compter du 1er janvier 2014.

### **Imagerie médicale - Radiologie thérapeutique - Technicien supérieur - Diplôme**

[Arrêté du 4 juin 2013](#) modifiant l'arrêté du 24 août 2012 relatif au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique – Cet arrêté vient modifier les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes par l'arrêté du 24 août 2012 relatif au diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

### **Etudiants en médecine – Stage – Gardes - Temps de présence hospitalière - Repos de sécurité - Indemnité**

[Arrêté du 17 juin 2013](#) relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine – Cet arrêté vient préciser qu'au cours du deuxième cycle des études médicales et jusqu'à leur nomination en qualité d'interne, les étudiants mentionnés à l'article R. 6153-46 du code de la santé publique doivent accomplir trente-six mois de stage. Le service de garde normal comprend au moins vingt-cinq gardes que les étudiants doivent également accomplir au cours de leur trente-six mois de stage sous la direction et la responsabilité du praticien de garde qui doit pouvoir intervenir à tout moment. Le temps de présence hospitalière des étudiants en médecine est fixé à cinq demi-journées par semaine en moyenne sur douze mois en dehors du service de garde normal. Un étudiant ne peut être mis dans l'obligation de garde pendant plus de vingt-quatre heures consécutives. Il est prévu que les étudiants bénéficient d'un repos de sécurité d'une durée de onze heures intervenant immédiatement à l'issue de chaque garde de nuit et entraînant une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire.

**Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière - animateurs - Assistants socio-éducatifs - Conseillers en économie sociale et familiale - Educateurs de jeunes enfants - Educateurs techniques spécialisés - Moniteurs-éducateurs**

[Arrêté du 6 juin 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 aux corps des animateurs, des assistants socio-éducatifs, des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs de jeunes enfants, des éducateurs techniques spécialisés et des moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès aux grades d'animateur, d'assistant socio-éducatif, de conseiller en économie sociale et familiale, d'éducateur de jeunes enfants de classe normale, d'éducateur technique spécialisé de classe normale et de moniteur-éducateur. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

**Examens professionnalisés - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière - Personnels techniques - Catégorie B - Dispositions AP-HP**

[Arrêté du 6 juin 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 de catégorie B de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des examens professionnalisés réservés pour l'accès aux corps des personnels techniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

**Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière - Infirmiers en soins généraux et spécialisés**

[Arrêté du 6 juin 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 infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès au corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.



### **Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière - Cadres socio-éducatifs**

[Arrêté du 6 juin 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 cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès au corps des cadres socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

### **Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière - Ingénieurs hospitaliers - Dispositions AP-HP**

[Arrêté du 6 juin 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 aux corps des ingénieurs hospitaliers de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès aux corps des ingénieurs hospitaliers de la fonction publique hospitalière et de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

### **Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière – Catégorie B – Personnels médico-techniques**

[Arrêté du 6 juin 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 aux corps des personnels de rééducation et aux corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès aux corps des personnels de rééducation de la catégorie B de la fonction publique hospitalière et aux corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

### **Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière – Sages-femmes**

[Arrêté du 6 juin 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 sages-femmes de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès au corps des sages-femmes de la fonction publique hospitalière. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

## Concours réservé - Organisation - Nature des épreuves - Fonction publique hospitalière – Psychologues

[Arrêté du 6 juin 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 psychologues de la fonction publique hospitalière - Cet arrêté fixe les conditions d'ouverture et de publication des concours réservés pour l'accès au corps des psychologues de la fonction publique hospitalière. Il précise par ailleurs la nature, les objectifs et le contenu de l'épreuve unique d'admissibilité, et de l'épreuve unique d'admission. Il fixe enfin, en annexe, le modèle de dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) établi par le candidat.

## Personnels de direction - Prime de fonctions et de résultats - Indemnité compensatrice de logement – Coefficients

[Arrêté du 3 avril 2013](#) fixant les coefficients relatifs à la détermination de la part fonctionnelle de la prime de fonctions et de résultats des directeurs placés en recherche d'affectation – Ce texte fixe les coefficients relatifs à la détermination de la part fonctionnelle de la prime de fonctions et de résultats des personnels de direction et directeurs de soins placés en recherche d'affectation, en prenant notamment en compte l'indemnité compensatrice de logement.

## Personnels enseignants et hospitaliers – CNG

[Arrêté du 2 mai 2013](#) modifiant l'arrêté du 26 juin 2012 relatif aux opérations de gestion des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires exercées par le Centre national de gestion au nom du ministre chargé de la santé - Ce texte modifie l'arrêté du 26 juin 2012 relatif aux opérations de gestion des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires et des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires exercées par le Centre national de gestion au nom du ministre chargé de la santé. Il dispose désormais que le CNG assure « *l'ensemble des opérations relatives à l'organisation du recrutement des personnels enseignants et hospitaliers titulaires suite à la publication des emplois offerts à la mutation et au recrutement par arrêtés conjoints des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. La détermination de la liste des candidats autorisés à concourir. La détermination de la liste des candidats inscrits sur les listes d'admission* », en supprimant la mention relative à la publication des emplois.

## Manipulateur d'électroradiologie médicale – Référentiel de formation - Rapport

[Rapport IGAS – IGAENR « Modalités de mise en œuvre d'un diplôme unique de manipulateur d'électroradiologie médicale »](#) - Avril 2013 - L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) ont été chargées de conduire « *une mission conjointe sur les modalités de la mise en œuvre d'un diplôme unique, délivré par l'université, de manipulateur d'électroradiologie médicale, sur le plan organisationnel, sur le plan juridique et sur le plan des moyens* ». L'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale est soumise à l'obtention d'un des deux diplômes mentionnés à l'article L.4351-3 du code de santé publique : le diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale (DE MEM) enseigné en instituts de formation spécialisés, relevant du ministère de la santé et le diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique (DTS IMRT) enseigné en lycées (publics ou privés sous contrat) relevant du ministère de l'éducation nationale.



## Pharmacie – Interne – Troisième cycle – Rattachement – Centre hospitalier universitaire (CHU)

[Circulaire interministérielle n° DGOS/RH1/DGESIPA/MFS/2013/ 230 du 5 juin 2013](#) relative à la répartition des internes en pharmacie par centre hospitalier universitaire de rattachement en application du décret n°2012-172 du 3 février 2012 relatif au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques – L'article R.6153-9 du code de la santé publique prévoit qu' *«après sa nomination, l'interne relève, quelle que soit son affectation, de son centre hospitalier universitaire de rattachement pour tous les actes de gestion attachés à ses fonctions hospitalières notamment la discipline, la mise en disponibilité, les congés ainsi que le versement des éléments de rémunération [...] et des charges sociales afférentes. »*. Cette circulaire a pour objet de préciser ce que recouvre la notion de « centre hospitalier universitaire » (CHU) de rattachement dans le cadre de la répartition interrégionale des internes en pharmacie. Il est ainsi précisé que *« la répartition par CHU de rattachement des postes d'internes offerts au concours de l'internat, établie par arrêté annuel des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ne préjuge pas du premier lieu de stage dans lequel chaque interne sera affecté. Il convient de distinguer le CHU de rattachement, établissement « siège » du dossier administratif de l'interne, du CHU ou établissement d'affectation, qui constitue l'établissement de santé d'accueil de l'interne, susceptible de changer chaque semestre. »*

## Masseurs-kinésithérapeutes - Tableau de l'Ordre - Inscription automatique - Décret d'application - Refus d'édition - Annulation

[Conseil d'Etat, 21 juin 2013, n° 362325](#) - Le syndicat X. a saisi le Conseil d'Etat d'un recours en annulation de *"la décision implicite de rejet née du silence gardé par le Premier ministre sur son recours gracieux tendant à l'édition du décret prévu au dixième alinéa de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique pour fixer les conditions de l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre"*.

Dans un premier temps, le Conseil d'Etat rappelle que *"l'exercice du pouvoir réglementaire comporte non seulement le droit mais aussi l'obligation de prendre dans un délai raisonnable les mesures qu'implique nécessairement l'application de la loi, hors le cas où le respect d'engagements internationaux de la France y ferait obstacle"*. Or en l'espèce, plus de trois ans après l'édition de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique issu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST, le décret d'application prévu n'avait pas été édicté.

Le Conseil d'Etat décide donc que *"compte tenu de la nécessité de préciser les conditions dans lesquelles il est procédé aux inscriptions d'office au tableau tenu par l'ordre national des masseurs-kinésithérapeutes, notamment en ce qui concerne la collecte des données transmises par les structures publiques et privées employant des masseurs-kinésithérapeutes et la vérification par les autorités ordinales des conditions légales permettant l'inscription des intéressés au tableau, l'intervention du décret prévu par ces dispositions législatives est nécessaire à leur mise en œuvre"*. C'est pourquoi *"à la date à laquelle le Premier ministre a refusé d'édicter ce décret, le délai raisonnable dont le Gouvernement disposait pour fixer les modalités d'application de la loi était expiré"*.

La décision implicite du Premier ministre est donc annulée.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Responsabilité hospitalière - Infection nosocomiale - Cause étrangère – Définition

Conseil d'Etat, 21 juin 2013, n° 347450 - En décembre 2005, M.Y. a subi une coelioscopie et une résection du colon au centre hospitalier X. *"A la suite de différentes complications, ayant nécessité des reprises chirurgicales elles-mêmes à l'origine de nouvelles complications infectieuses, il a conservé des séquelles"*. M. Y. a souhaité engager la responsabilité de l'établissement de santé, invoquant d'abord les *"fautes qui auraient été commises dans sa prise en charge"* mais également *"la survenue d'une infection nosocomiale"*. A l'occasion de cette décision, le Conseil d'Etat rappelle que les dispositions du Code de la santé publique *"font peser sur l'établissement de santé la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée"*. Dès lors, *"seule une infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge peut être qualifiée de nosocomiale"*.

C'est pourquoi le Conseil d'Etat décide que *"pour retenir qu'il avait contracté une infection nosocomiale, la cour administrative d'appel de Lyon s'est bornée à constater que les suites opératoires avaient été compliquées par une multi-infection résultant, selon l'expert, de la dissémination de nombreuses colonies microbiennes ; qu'en retenant cette qualification sans rechercher si les complications survenues étaient soit consécutives au développement de l'infection préexistante, soit distinctes et liées à une nouvelle infection survenue au cours des soins prodigués au centre hospitalier X., les juges d'appel ont commis une erreur de droit"*.

### Responsabilité pour faute médicale - Etablissement public d'hospitalisation – Défibrillateur cardiaque – Actes médicaux

Cour administrative d'appel de DOUAI, 3e chambre – formation à 3 (bis), n°11DA00523 - Monsieur X a été transporté à la clinique Y alors qu'il se plaignait d'importantes douleurs thoraciques. Lors de son transport, il a présenté une fibrillation ventriculaire qui a nécessité l'usage d'un défibrillateur cardiaque, lequel n'avait pas fait l'objet d'un test de bon fonctionnement, empêchant de ce fait et le médecin du SMUR de procéder au choc du patient. Ce dernier est décédé à son arrivé au Centre hospitalier.

Les Consorts X demandent la condamnation du Centre hospitalier au titre des préjudices subis du fait du décès de Monsieur X. Le Tribunal administratif de Lille rejette leur requête par un jugement en date du 21 Janvier 2011.

Le Cour administrative d'appel de Douai quant à elle, accueille leur demande considérant que *« le défibrillateur cardiaque reçu par le centre hospitalier le 16 mars 2001 en remplacement de celui du service d'urgence qui était en réparation n'a fait l'objet que d'un contrôle externe sans aucun essai technique permettant de s'assurer de son fonctionnement conforme à sa destination, notamment quant à son mode fonctionnement, alors que, d'une part, la notice d'utilisation de l'appareil remise par le fournisseur conseille " de procéder quotidiennement ou à chaque changement d'équipe à un test de fonctionnement " et que, d'autre part, l'ensemble des appareils du centre hospitalier sont configurés pour démarrer à l'allumage en mode manuel ; que cette absence de vérification préalable de l'appareil alors que celle-ci aurait permis de constater qu'il n'était pas configuré au démarrage dans le mode manuel que les équipes médicales utilisaient habituellement est, dans ces circonstances, constitutive d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du centre hospitalier qui a privé Monsieur X d'une chance de survie aussi incertaine fût-elle »*

En conséquence, pour avoir négligé les consignes du constructeur, le service public hospitalier est responsable pour faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, faisant perdre une chance aussi incertaine soit-elle à un patient, de survivre à une fibrillation cardiaque.

## Chute d'un patient - décès - lien de causalité - responsabilité pour faute

[Cour administrative d'appel de Paris, 27 mai 2013, n°12PA01405](#) - Les faits sont les suivants : M. X, alors âgé de 90 ans, a été admis le 17 juillet 2007 au sein de l'hôpital Y à la suite d'un accident vasculaire cérébral ayant entraîné une chute de sa hauteur puis transféré le lendemain au sein du service de gériatrie de l'hôpital Z. Cette hospitalisation a été marquée par divers troubles et une altération profonde de son état de santé général. Le 2 septembre 2007, le patient a été retrouvé dans sa chambre allongé par terre et souffrant d'un traumatisme frontal. Il est finalement décédé le 15 septembre 2007 d'une altération profonde de son état de santé général, sans qu'un diagnostic causal ait pu être mis en évidence.

Imputant le décès de M. X à sa prise en charge au sein de l'hôpital Z, les ayants droits du patient ont saisi cet établissement d'une demande indemnitaire et relèvent appel du jugement du 2 février 2012 par lequel le Tribunal administratif de Paris avait rejeté leur demande.

La cour administrative d'appel de Paris condamne l'hôpital Z : nonobstant l'incertitude relative à l'évolution de santé dégradé du patient et l'indétermination des causes précises du décès qui avaient été retenues par le Tribunal administratif de Paris, elle relève que l'expertise n'a pas exclu la possibilité d'un lien entre la chute de son lit d'hôpital du patient et la dégradation de son état de santé et a estimé que le décès pouvait être la conséquence d'un hématome sous-dural provoqué par cette chute. Elle souligne également que la prescription d'examen neurologiques complémentaires aurait permis de déceler la présence d'un tel hématome et de le traiter. Ces fautes dans la prise en charge médicale du patient sont donc de nature à engager la responsabilité pour faute de l'hôpital Z.

La Cour administrative d'appel de Paris considère ainsi que ces fautes ont compromis les chances du patient d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation et a retenu une perte de chance de 20%.

## Défenestration - Défaut de surveillance - Défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service - Perte de chance

[Tribunal administratif de Paris, 21 mai 2013, n° 1106231/6-2](#) – Souffrant d'un cancer d'un testicule métastatique, Y. a été hospitalisé d'urgence au sein de l'hôpital Z. le 23 octobre 2004, lors d'un épisode de fièvre assortie de vomissements. Au cours de la nuit du 24 octobre, Y. est victime d'un épisode délirant aigu, provoquant sa fuite à travers le service et sa chute depuis la fenêtre d'une chambre inoccupée. Il décède le lendemain. Y. s'est défenestré dans le service dans lequel il avait été admis. Sa mère, Mme X. souhaite voir engager la responsabilité de l'AP-HP.

Le tribunal retient que « *au cours de la nuit du 24 octobre 2004, son état s'est aggravé entraînant des bouffées délirantes et un raptus anxieux ; que malgré l'aggravation de son état, constaté par les personnels infirmiers, aucun interne ou médecin de garde dans ce service ou dans un autre service n'est venu examiner Y.; que ce défaut de surveillance révèle une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service de nature à engager la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris ; que si le décès de Y. ne peut être directement imputé à ce défaut de surveillance médicale, celui-ci a été directement à l'origine d'une perte de chance d'éviter le décès de Y.* ».

Il décide ensuite que « *lorsque la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a fait perdre à celui-ci une chance d'éviter le dommage constaté, la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction de ce dommage déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue ; que le préjudice indemnisable peut être évalué, en l'espèce, à 50 % du dommage.* ».

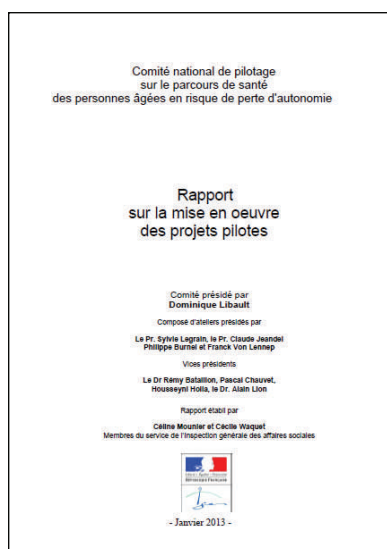
## ORGANISATION DES SOINS

Transport de patients - Gestion du risque - Contrat pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins (CAQOS) - Agences régionales de santé (ARS) - Etablissements de santé - Bilan 2013 - Mise en œuvre 2013

Circulaire interministérielle DSS/1A n° 2013-159 du 15 avril 2013 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville de transports de patients – Bilan 2012 et contractualisation 2013 - Dans un premier temps, ce texte effectue un bilan de la contractualisation 2012 : rappel des principes directeurs et difficultés rencontrées (contractualisation « entachée par le recours de la Fédération hospitalière de France (FHF) contre le décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports dans certaines régions », et « difficultés sur l'analyse des données » notamment). Dans un second temps, la circulaire développe les conditions de mise en œuvre de la campagne de contractualisation pour 2013 (champ de la contractualisation, étapes, et conséquences). Le texte précise en outre que le développement d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation de transports devra se fonder sur les travaux de l'ANAP. Enfin, ce texte fixe en annexe les modèles de notification d'une pénalité financière à l'établissement en cas de refus de contractualisation et en cas de non-atteinte des objectifs fixés au contrat, le modèle de notification d'un intéressement à l'établissement en cas d'atteinte des objectifs fixés au contrat, ainsi qu'un modèle d'ordre de paiement de l'intéressement à l'organisme d'assurance maladie.

### Personnes âgées – Perte d'autonomie – Parcours de santé

Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes du Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie - Janvier 2013 – Le Comité national de pilotage (COPIL) des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie « a été installé en avril 2013 ». Sa mission consiste à « tracer les grandes lignes du cahier des charges national pour les projets pilotes relatifs aux parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie ». Dans ce contexte, ce rapport est destiné à présenter « les réflexions qui ont conduit à la rédaction » de ce cahier des charges. Il s'agissait de « définir les besoins », notamment en identifiant les « facteurs de risque d'hospitalisation », dans le cadre d'une prise en charge respectant des principes de « subsidiarité et de gradation de la réponse aux besoins ». Le Comité propose « l'accompagnement et la coordination des professionnels », à la fois en ville et dans les établissements. Il formule par ailleurs des recommandations « dont la réalisation serait souhaitable, à moyen terme, à la fois pour enrichir les projets pilotes, et en vue de leur éventuelle généralisation ».



## RÉGLEMENTATION SANITAIRE



Rapport d'activité 2012



### Haute autorité de santé (HAS) – Rapport annuel – Année 2012

[Rapport annuel de la Haute autorité de santé – 2012](#) – La Haute autorité de santé publie son rapport annuel dans lequel elle présente ses résultats d'exercice pour l'année 2012. Ce rapport s'articule autour de trois thématiques : Evaluation et recommandations – Accréditation et certification – Outils guides et méthodes

### Examen des caractéristiques génétiques - Information - Parentèle

[Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013](#) relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale – La loi relative à la bioéthique du 7 juillet 2011 a modifié le dispositif d'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques. Avant la réalisation de l'examen de ses caractéristiques génétiques, la personne concernée est informée de l'obligation pour elle au cas où une anomalie génétique grave serait diagnostiquée, d'informer les membres de sa famille potentiellement concernés dès lors que des mesures de prévention ou de soins peuvent leur être proposées. Si la personne souhaite être tenue dans l'ignorance du diagnostic ou si elle ne souhaite pas transmettre elle-même l'information aux membres de sa famille potentiellement concernés, elle peut demander au médecin de porter à leur connaissance l'existence d'une information susceptible de les concerner.

Ce décret précise les différentes modalités de l'information de la parentèle. Il fixe la liste des informations qui doivent être consignées au dossier médical de la personne concernée et encadre les échanges entre les différents médecins au cours de la procédure. Si la personne qui va faire l'objet de l'examen aurait fait un don de gamètes ou d'embryons à un centre d'assistance médicale à la procréation, le texte prévoit que, si celle-ci y consent, le médecin prescripteur pourra, le cas échéant, porter à la connaissance du responsable du centre l'existence de l'anomalie génétique diagnostiquée, afin que celui-ci procède à l'information des personnes nées du don. Compétence est donnée au ministre chargé de la santé pour fixer le modèle de lettre adressée par le médecin aux membres de la famille potentiellement concernés, lorsque la personne ne souhaite pas procéder elle-même à l'information et pour définir, sur proposition de l'Agence de la biomédecine et de la Haute Autorité de santé, des règles de bonnes pratiques permettant de guider le professionnel tout au long de la procédure et de faciliter la délivrance de l'information par la personne elle-même.

### **Examen des caractéristiques génétiques - Information - Parentèle - Modèle de lettre**

[Arrêté du 20 juin 2013](#) fixant le modèle de lettre adressée par le médecin aux membres de la famille potentiellement concernés en application de l'article R. 1131-20-2 du code de la santé publique

### **Pharmacie - Caractéristiques - Vignette pharmaceutique**

[Arrêté du 14 juin 2013](#) relatif aux caractéristiques de la vignette pharmaceutique – Cet arrêté précise que l'article 1er de l'arrêté du 21 février 1996 prévoyant le format et la composition de la vignette pharmaceutique est abrogé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2014 et non plus à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 comme le prévoyait l'arrêté du 19 décembre 2012.

## **FRAIS DE SÉJOUR**

### **Protection complémentaire en matière de santé - (CMU-c) – Aide médicale de l'Etat (AME) - Revalorisation du plafond de ressources**

[Décret n°2013-507 du 17 juin 2013](#) relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé - Ce décret procède à la revalorisation annuelle du plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé. Il opère, en plus de la revalorisation annuelle pour tenir compte de l'inflation prévue par la loi, une revalorisation exceptionnelle prévue dans le cadre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté, le 21 janvier 2013, lors du comité interministériel de lutte contre les exclusions. A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 le plafond de ressources annuel sera fixé à 8 592,96 euros pour une personne seule. Ce plafond est également applicable pour le bénéfice de l'aide médicale de l'Etat. Le plafond annuel pris en compte pour le bénéfice de l'assurance complémentaire de santé est fixé à 11 600,49 euros pour une personne seule.



## URBANISME ET CONSTRUCTION

### Construction – Plan local d’urbanisme (PLU) – Logement – Recours – Procédure

[Loi n° 2013-569 du 1er juillet 2013](#) habilitant le Gouvernement à adopter des mesures de nature législative pour accélérer les projets de construction - Cette loi vise à habiliter le Gouvernement à prendre, par ordonnance, les mesures législatives permettant de réduire les délais de réalisation des projets de construction de logements, ainsi que les délais de traitement des recours contentieux dans le domaine de l'urbanisme. La loi prévoit que les ordonnances prévues seront prises dans un délai compris entre quatre et huit mois suivant la publication de la loi. Le délai de ratification des ordonnances est de cinq mois.

L’objectif de la loi est de : Favoriser une production rapide de logements, grâce à la création d'une procédure intégrée pour le logement, soumise à une évaluation environnementale et applicable à des projets d'aménagement ou de construction d'intérêt général comportant principalement la réalisation de logements au sein des unités urbaines, avec un objectif de mixité sociale et fonctionnelle (article 1-1°) - Améliorer l'accès aux documents d'urbanisme et aux servitudes d'utilité publique (article 1- 2°) - Faciliter le financement des projets d'aménagement comportant principalement la réalisation de logements (article 1- 3°) - Accélérer le règlement des litiges dans le domaine de l'urbanisme (article 1-4°) - Faciliter les projets de construction de logements dans certaines zones géographiques (article 1-5°) - Favoriser le développement des logements à « loyers intermédiaires » dans certaines zones géographiques (article 1-6°) - Rendre obligatoire, à l'issue d'une période transitoire, le recours à une garantie financière d'achèvement extrinsèque pour les opérations de vente en l'état futur d'achèvement (article 1-7°) - Modifier les règles relatives aux délais de paiement applicables aux marchés de travaux privés (article 1-8°).

## PUBLICATIONS AP-HP

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

