

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 octobre au 03 novembre 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Patient Hospitalisé	page 5
Personnel	page 6
Coopération à l'hôpital et associations	page 9
Réglementation sanitaire	page 9
Responsabilité médicale	page 10
Tutelle	page 10
Publications	page 12

**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

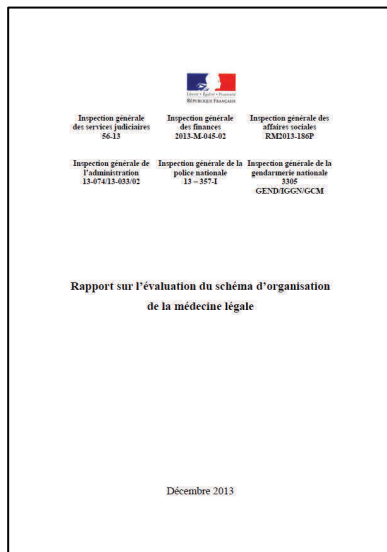
ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Projet de loi relatif à la santé - Le projet de loi relatif à la santé a été présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014. Dans son communiqué de presse la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes précise que ce texte « porte une politique de santé forte et novatrice au cœur du pacte républicain pour faire progresser la solidarité et la justice sociale. Il concrétise la volonté du Gouvernement de conforter l'excellence du système français de santé et de relever les défis touchant à la prise en charge des maladies chroniques, au vieillissement de la population, aux difficultés financières d'accès aux soins.

Il répond également à un enjeu de simplification des organisations et d'efficience de la gestion des ressources. 1. Prévenir avant d'avoir à guérir C'est dès le plus jeune âge que s'acquièrent les réflexes qui permettront d'éviter diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires, etc. Ce projet de loi vise à combattre l'image positive de l'ivresse chez les jeunes, à faire reculer le tabagisme, à enrayer l'obésité en diffusant une information nutritionnelle simplifiée. Chaque enfant aura désormais la possibilité d'être suivi par un médecin traitant, et l'éducation pour la santé sera renforcée. Les usagers de drogues dures seront mieux accompagnés. Un grand institut de santé publique contribuera à généraliser une forte culture en la matière. 2. Faciliter la santé au quotidien Le projet de loi généralise le tiers payant à compter de 2017. Pour les soins d'optique et de prothèses dentaires et auditives, la loi élargit l'application de tarifs sociaux à tous les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS), soit un million de foyers de plus qu'aujourd'hui. L'information du public sur la santé sera organisée dans le cadre d'un service public. Dès 2015, un numéro national unique d'appel à la permanence des soins de ville sera instauré. L'action de groupe permettra aux victimes d'accidents sériels de ne plus être isolées pour demander justice. 3. Innover pour conforter l'excellence du système de santé La politique de santé doit être innovante pour porter des réformes en profondeur. La loi rénove le service public hospitalier et généralise l'engagement des établissements dans des projets médicaux communs de territoire. En créant le service territorial de santé au public, et en refondant le dossier médical partagé, elle offre aux professionnels les outils qu'ils demandent pour mieux travailler ensemble. Le projet de loi crée le cadre d'un exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales, permettant la reconnaissance des infirmières cliniciennes. Parce que les enjeux de santé sont en constante évolution, le projet de loi organise un système national des données de santé. Il permettra l'ouverture (open data) des données publiques et un accès compatible avec le secret des données personnelles pour des recherches, projets d'étude et d'évaluation d'intérêt public. Ce projet de loi rend concrètes les valeurs de justice et d'efficacité dans un projet politique innovant pour la santé des Français au quotidien. Il sera débattu à l'Assemblée nationale début 2015 et les premières mesures entreront en vigueur dès la promulgation de la loi. »

Droits des citoyens - Décisions administratives - "Silence vaut acceptation"

[Décrets d'application de la loi n° 2013-1005 du 12 novembre 2013](#) habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens - La loi n° 2013-1005 du 12 novembre 2013 habilitant le Gouvernement à simplifier les relations entre l'administration et les citoyens dispose que le silence gardé pendant plus de deux mois par l'administration sur une demande vaut acceptation et non plus rejet comme c'était le cas auparavant. L'application de ce principe peut être écartée notamment eu égard à l'objet de la décision ou pour des motifs de bonne administration ou pour des motifs tenant à des exigences constitutionnelles ou conventionnelles ou à la défense nationale. Une série de décret d'application à compter du 12 novembre 2014 a été publiée en ce sens au journal officiel du 01 novembre 2014. Ces décrets précisent ainsi la liste des procédures relevant des différents ministères (Premier ministre, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Ministère de la décentralisation et de la fonction publique, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social etc.) pour lesquelles le silence de l'administration continuera de valoir décision de rejet ou exclut du champ d'application du principe du silence vaut acceptation.



Médecine légale – Organisation – Institut médico-légal (IML) – Unité médico-judiciaire (UMJ) – Pilotage – Tarification – Gestion budgétaire – Scellé – Indicateurs d'activité et de performance – Justice – Police

[Rapport conjoint](#) sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale de l'Inspection Générale des Services Judiciaires, de l'Inspection Générale des Finances, de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, de l'Inspection Générale de l'Administration, de l'Inspection Générale de la Police Nationale et de l'Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale - Le rapport conjoint de l'Inspection Générale des Services Judiciaires, de l'Inspection Générale des Finances, de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, de l'Inspection Générale de l'Administration, de l'Inspection Générale de la Police Nationale et de l'Inspection Générale de la Gendarmerie Nationale sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale a été publié le 17 octobre 2014. Il fait suite à une lettre de mission du 18 février 2013 qui confiait à ces six inspections générales ministérielles l'évaluation de la pertinence des principes directeurs de la réforme de la médecine légale, l'établissement d'un bilan des protocoles signés, d'un bilan financier, l'évaluation des effets de la réforme, et la formulation de toute proposition utiles. Ce rapport rappelle tout d'abord que la réforme de la médecine légale de 2010 « *proposait principalement de confier la pratique du maximum d'actes de médecine légale à des structures publiques dédiées* » et « *instituait parallèlement un mode de rémunération forfaitaire de ces structures par le ministère de la justice* ». La mission aborde dans un premier temps une « *réforme nécessaire, une conception et une mise en œuvre critiquables, des résultats insuffisants* », avant de formuler 40 recommandations stratégiques et pratiques, notamment sur les sujets de la résorption prioritaire des impayés, du développement d'une approche plus globale de la médecine légale en termes de pilotage, des ressources humaines, d'amélioration des pratiques en particulier sur la gestion des prélèvements conservatoires et des scellés, et de gestion financière et budgétaire.



LE DEFENSEUR DES
DROITS : MISSIONS ET
GESTION

Communication à la commission des finances, de l'économie générale
et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale

Septembre 2014

Défenseur des droits – Missions – Gestion – Cour des comptes

Rapport de la Cour des comptes « le Défenseur des droits : missions et gestion » – Octobre 2014 - La Cour des comptes a rendu public le 28 octobre un rapport sur « le Défenseur des droits : missions et gestion » - Ce rapport a été demandé par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale en application de l'article 58-2° de la loi organique relative aux lois de finances. *« Ce rapport souligne la complexité du processus de mise en place de cette nouvelle autorité indépendante née de la fusion du Médiateur de la République, de la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS), du Défenseur des enfants et de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE). Marquée par l'héritage des entités regroupées, cette réforme n'a pas encore donné toute sa mesure. Si la gestion de l'institution a été bien maîtrisée depuis sa création, elle dispose également de marges de progrès, notamment en matière immobilière. »*

Haute Autorité de santé – Accréditation – Médecins – Equipes médicales

Décision n°2014-0202/DC/MSP du 8 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales - Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables. Est annexée à cette décision la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Financement – Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – Dotation DAF – Dotation DAF USLD

Arrêté du 15 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 28 mars 2014 fixant pour l'année 2014 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale - Cet arrêté modifie les montants initialement prévus de la dotation annuelle de financement (DAF), des dotations annuelles de financement des unités de soins de longue durée (DAF USLD) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (MIGAC).

Vagues de froid - Guide national - Vigilance météorologique - Impacts sanitaires et sociaux - Epidémies saisonnières - Intoxication par le monoxyde de carbone

[Instruction interministérielle n°DGS/DUS-BAR/2014/296 du 10 octobre 2014](#) relative au guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2014-2015 – Cette instruction introduit le guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2014-2015. Elle précise les objectifs et le dispositif de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux des vagues de froid ainsi que le rôle des différents acteurs.

PATIENT HOSPITALISÉ

Collectif intersociétatif sur la santé (CISS) – Rapport annuel – 2013

[Rapport annuel du Collectif intersociétatif sur la santé \(CISS\) – 2013](#) - Le Collectif Intersociétatif Sur la Santé (CISS) fait le point dans son rapport annuel sur les chiffres clés de l'année 2013 en termes d'information des usagers et de leurs représentants, de formation des représentants des usagers, ou encore de publication.



Collectif intersociétatif sur la santé (CISS) – Observatoire

[Observatoire du Collectif intersociétatif sur la santé sur les droits des malades « Synthèse du rapport annuel de santé info droits »](#) - Santé Info Droits est un service d'information juridique et sociale à disposition des personnes malades ou en situation de handicap, mais également des représentants d'usagers, des intervenants associatifs, des travailleurs sociaux ainsi que des professionnels de santé. Créé par le Collectif Intersociétatif Sur la Santé (CISS) en 2006, dans un but de promotion, de respect et d'amélioration des droits des usagers du système de santé et des assurés sociaux, ce dispositif a pour vocation en premier lieu de répondre aux interrogations individuelles des utilisateurs de la ligne.



Comité consultatif national d'éthique (CCNE) – Fin de vie

Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie – Octobre 2014 - Le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a diffusé son rapport sur le débat public concernant la fin de vie en date du 21 octobre 2014. Dans ce rapport le CCNE poursuit la réflexion autour du débat public sur la fin de vie, débat public initié il y a plus de deux ans, avec la mise en place en juillet 2012, par le Président de la République, de la Commission de réflexion sur la fin de vie en France présidée par Didier Sicard. Sur son site Internet le CCNE précise que « *Le présent rapport ne signifie en rien que la réflexion est achevée. Il en marque une étape. Il a pour objectif de permettre de mieux appréhender les principaux points de convergence qui semblent se dégager, à ce jour, des débats sur cette question essentielle et complexe qui nous concerne tous, et les recommandations partagées qui en découlent ; d'identifier les principales lignes de divergence ; de mettre à jour des questionnements qui n'ont pas été formulés, ou ont été insuffisamment formulés, durant les débats ; d'éclairer certains enjeux éthiques sous-jacents aux principales lignes de clivages ; et de proposer une mise en perspective qui puisse contribuer à l'approfondissement de la réflexion, approfondissement que le CCNE considère souhaitable.* »

PERSONNEL

Temps de travail – Horaires – 12h

« Mémoire » de l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS) et de l'Association pour le Développement des Ressources Humaines dans les Etablissements Sanitaires et Sociaux- (ADRHESS) « La mise en place des horaires en 12h : constats et recommandations » - Octobre 2014 - Ce « mémoire » précise en 10 points la position des deux associations sur les conditions de mise en place des 12 heures dans les établissements de la fonction publique hospitalière. Elles observent que les horaires en 12h « *sont expressément autorisés par la réglementation* » (décret n°2002.9 du 4 janvier 2002) mais que ce n'est pas le cas des horaires en 24h « *qui subsistent encore dans certaines unités et qui doivent être proscrits, car contraires à la réglementation* ». Elles soulignent que « *D'une manière générale, l'organisation en 12h, qui permet une meilleure continuité des soins, favorise l'articulation et la synchronisation des temps médicaux et des temps soignants* » et « *l'organisation de travail doit être précédée d'une consultation des personnels concernés, via par exemple les conseils de pôle, et d'une concertation étroite avec les instances représentatives du personnel* ». Par ailleurs les deux associations précisent que les horaires en 12h peuvent ne pas convenir à certains type d'agents et qu'il « *convient donc de veiller à certaines contre-indications et d'accompagner la mise en place de ces horaires d'un suivi particulier des agents en lien avec le service de santé au travail.* »

Fonction publique – Hygiène et sécurité du travail – Prévention médicale – CHSCT - Autorisations d'absence

Arrêté du 27 octobre 2014 pris en application de l'article 75-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique – Ce texte arrête le contingent annuel d'autorisations d'absence permettant l'exercice des missions des membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail prévu par l'article 75-1 du décret du 28 mai 1982. Le contingent annuel d'autorisations d'absence y est également fixé pour les membres des CHSCT présentant des enjeux particuliers en termes de risques professionnels ou couvrant un grand nombre de sites dispersés sur au moins deux départements. La liste des CHSCT entrant dans ce cadre sera fixée par arrêté conjoint du ou des ministres concernés et du ministre chargé de la fonction publique.

Conseil commun de la fonction publique - Formation spécialisée – Organisation et fonctionnement des services publics - Retraite

[Décret n° 2014-1234 du 23 octobre 2014](#) modifiant le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique – Ce décret élargit le champ des questions que le Conseil commun de la fonction publique (CCFP) peut connaître en créant une nouvelle formation spécialisée compétente pour discuter des questions relatives à la modernisation et aux modifications de l'organisation et du fonctionnement des services publics au regard de leurs conséquences sur les agents publics relevant d'au moins deux des trois fonctions publiques. En outre, le décret prévoit que le CCFP peut connaître des questions relatives aux retraites dans la fonction publique et prévoit plusieurs dispositions visant à améliorer son fonctionnement (compétence du président, règles de convocation des membres, information des présidents des autres conseils supérieurs de chacune des trois fonctions publiques, décompte des votes).

Contrat d'engagement de service public – Etudiants et internes en médecines - Année universitaire 2014-2015

[Arrêté du 20 octobre 2014](#) fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public

Contrat d'engagement de service public – Etudiants en odontologie - Année universitaire 2014-2015

[Arrêté du 20 octobre 2014](#) fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre d'étudiants en odontologie pouvant signer un contrat d'engagement de service public

Médecine - Spécialité non qualifiante - Droit d'exercice - Extension

[Arrêté du 16 octobre 2014](#) pris en application du décret n° 2012-637 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante et fixant la composition des commissions et la procédure d'examen des dossiers – Le décret n° 2012-637 du 3 mai 2012 porte création d'un droit d'exercice complémentaire des médecins dans certaines spécialités dites « non qualifiantes » ou « du groupe I » c'est-à-dire celles qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme (cancérologie, nutrition, addictologie..). Cet arrêté vient préciser les conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante. Il fixe par ailleurs la composition des commissions et la procédure d'examen des dossiers.

Fonction publique hospitalière - Assistants médico-administratifs - Secrétariat médical - Formation d'adaptation à l'emploi (FAE)

[Arrêté du 24 octobre 2014](#) fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des assistants médico-administratifs de la branche secrétariat médical relevant de la fonction publique hospitalière – Cet arrêté organise la formation d'adaptation à l'emploi (FAE) des membres du corps des assistants médico-administratifs de la branche « secrétariat médical ». Il s'applique à l'ensemble des agents nommés dans le corps à la suite d'un recrutement par concours ou sur liste d'aptitude ainsi qu'aux agents détachés ou ayant bénéficié d'une intégration directe dans le corps. Cette FAE doit permettre l'acquisition et le développement des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions qu'exercent les agents du corps précité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière - Adjointes des cadres hospitaliers - Formation d'adaptation à l'emploi (FAE)

Arrêté du 24 octobre 2014 fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des adjointes des cadres hospitaliers – Cet arrêté organise la formation d'adaptation à l'emploi (FAE) des membres du corps des adjointes des cadres hospitaliers. Il s'applique à l'ensemble des agents nommés dans le corps à la suite d'un recrutement par concours ou sur liste d'aptitude ainsi qu'aux agents détachés ou ayant bénéficié d'une intégration directe dans le corps. Cette FAE doit permettre l'acquisition et le développement des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions qu'exercent les agents du corps précité dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Principe général du droit – Emploi supprimé – Fonction publique – Reclassement – Obligation

Conseil d'Etat, 22 octobre 2014, n°368262 - Le Conseil d'Etat rappelle qu'il résulte d'un principe général du droit, « dont s'inspirent tant les dispositions du code du travail relatives à la situation des salariés dont l'emploi est supprimé que les règles du statut général de la fonction publique qui imposent de donner, dans un délai raisonnable, aux fonctionnaires en activité dont l'emploi est supprimé une nouvelle affectation correspondant à leur grade, qu'il incombe à l'administration, avant de pouvoir prononcer le licenciement d'un agent contractuel recruté en vertu d'un contrat à durée indéterminée, motivé par la suppression, dans le cadre d'une réorganisation du service, de l'emploi permanent qu'il occupait, de chercher à reclasser l'intéressé ». Ainsi, un agent contractuel ne peut être licencié que si le reclassement s'avère impossible, faute d'emploi vacant ou si l'intéressé refuse la proposition qui lui est faite. En l'espèce, un agent contractuel de droit public, alors titulaire d'un contrat à durée indéterminée, a été licencié au motif que l'emploi permanent qu'elle occupait devait être supprimé pour des motifs économiques, sans que lui soit proposé au préalable un reclassement.

Harcèlement moral – Contrôle du juge – Protection fonctionnelle

Conseil d'Etat, 1^{er} octobre 2014, n°366002 - Un agent, s'estimant victime de harcèlement moral sur son lieu de travail, avait demandé à son directeur le bénéfice de la protection fonctionnelle. Ce qui lui avait été refusé. Le Conseil d'Etat rappelle, d'une part, que les dispositions de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 établissent à la charge de l'administration une obligation de protection de ses agents dans l'exercice de leurs fonctions, à laquelle il ne peut être dérogé que pour des motifs d'intérêt général et, d'autre part, qu'il appartient à l'agent public qui soutient avoir été victime de faits constitutifs de harcèlement moral de soumettre au juge des éléments de fait susceptibles de faire présumer l'existence d'un tel harcèlement. En l'espèce, les juges ont considéré que l'intéressé n'apportait pas, à l'appui de ses dires, des faisceaux d'indices suffisamment probants pour permettre de regarder comme au moins plausible le harcèlement moral dont il se disait victime de la part de ses supérieurs hiérarchiques et de ses collègues. « *Qu'en en déduisant que M. X n'était pas fondé à soutenir que c'était à tort que le directeur de l'établissement avait refusé de lui accorder le bénéfice de la protection qu'il sollicitait, le tribunal, dont le jugement est suffisamment motivé, n'a pas commis d'erreur de droit, notamment en ce qui concerne la charge de la preuve* ».

Grève de solidarité – Intérêt collectif

Cour de cassation, 2 juillet 2014, n°13-12562 - La Cour de cassation rappelle qu'une mobilisation destinée à soutenir des salariés grévistes répond à un intérêt collectif et professionnel et donc que ce mouvement de grève est licite. En l'espèce, un syndicat avait appelé les salariés d'une entreprise à la grève pour soutenir les autres salariés menacés par des sanctions disciplinaires pour des faits commis lors d'un précédent mouvement de grève. Ces menaces avaient pu être perçues au sein de l'entreprise comme susceptibles de porter atteinte au droit de grève. Le mouvement de grève qui s'en est suivi est donc licite selon les juges.

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Groupement de coopération sanitaire - Praticien hospitalier - Mise à disposition - Clinique privée - Dommage - Compétence administrative

Tribunal des conflits, 7 juillet 2014, n° C3951 - Un groupement de coopération sanitaire est constitué en 2008 entre un centre hospitalier public et un établissement de soins privé. Dans le cadre de cette coopération, un groupe unique d'anesthésistes – réanimateurs a notamment été mis en place. Le 9 juin 2011, Mme X a subi une intervention chirurgicale au sein de l'établissement de soins privé, réalisée par un médecin anesthésiste dont l'employeur est l'établissement de santé public. S'estimant victime d'un dommage, Mme X a saisi d'une demande d'expertise le juge des référés du TGI des Sables d'Olonne. Par une ordonnance du 2 décembre 2013, ce dernier s'est déclaré incompétent. Mme X a alors saisi de la même demande le juge des référés du Tribunal administratif de Nantes. Celui-ci estimant que cette demande relevait de la compétence du juge judiciaire, demande au Tribunal des conflits de trancher. Le Tribunal des conflits considère que dans un tel cas, un patient peut saisir aussi bien le juge des référés du tribunal de grande instance que celui du tribunal administratif d'une demande d'expertise.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Virus Ebola – Instruction – Conduite à tenir

Instruction du 11 octobre 2014 relative à la conduite à tenir au regard du risque EBOLA sur le territoire national – Cette instruction signée du ministre de l'intérieur et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fait un rappel sur la maladie à virus Ebola (durée d'incubation ; les symptômes ; la transmission). Elle précise la conduite à tenir par les services de l'Etat face à un cas suspect. Sont annexées à cette instruction une notice explicative ainsi qu'une « fiche reflexe » lors de la détection d'un cas suspect.

Virus Ebola – Patients contaminés – Traitement

Arrêté du 31 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 18 septembre 2014 modifié autorisant l'utilisation de traitements pour des patients contaminés par le virus Ebola – Ce texte précise qu'à titre dérogatoire, le plasma frais sécurisé recueilli chez des convalescents rétablis après une maladie à virus Ebola peut être importé, stocké, prescrit, délivré et administré pour le traitement des personnes contaminées par le virus Ebola dans les établissements de santé de référence (ESR) et dans les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) figurant sur la liste mise en ligne sur le site du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Ce plasma peut être utilisé lors d'une évacuation sanitaire de ressortissants dont l'Etat français a la charge. L'importation et le stockage du plasma peuvent être également effectués par l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, par le Centre de transfusion sanguine des armées ou par l'Etablissement français du sang.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Accouchement – Prématurés – Transfert – Maternité type III – Refus – Décès

Cour administrative d'appel de Marseille, 24 juillet 2014, n°12MA00594 - Le 4 août 2007, Mme X est admise au sein du service maternité de type I (ce service ne dispose donc pas de réanimation néonatale ni de néonatalogie) d'un centre hospitalier pour des contractions alors qu'elle est enceinte de 5 mois de jumeaux. Son transfert vers une maternité de niveau III refusé, Mme X a finalement accouché le 8 août d'une petite fille qui sera transférée dans un service de réanimation néonatale à Marseille et d'un petit garçon qui décédera 10 minutes après sa naissance. Les époux X. demandent la condamnation du centre hospitalier. La Cour administrative d'appel de Marseille considère comme fautif le refus de principe de transfert materno-fœtal d'une parturiente au sein d'une maternité de type III et annule par conséquent le jugement du Tribunal administratif de Toulon. En effet, ce transfert n'a pas été refusé en raison d'une indisponibilité de places ou d'une contre-indication médicale mais par principe, au seul motif que l'âge gestationnel des fœtus n'avait pas atteint le seuil des 25-26 semaines d'aménorrhée prévu dans les règles concernant le transfert materno-fœtal vers une maternité de type III d'un protocole du réseau sécurité naissance de la région PACA est – Haute Corse – Monaco. Les juges évaluent la perte de chance du petit garçon d'éviter son décès à 10% et condamnent ainsi le centre hospitalier à verser la somme de 3600 euros aux époux X.

TUTELLE

Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) – Financement – Sécurité sociale – Inspection générale des affaires sociales (IGAS)



Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs

RAPPORT

Établi par

Isabelle BOUGIER, Colette WAQUET
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juillet 2014 -
2014-071R

Rapport IGAS « Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs – Juillet 2014 – En mars 2014, le directeur de cabinet de la Ministre des affaires sociales et de la santé a sollicité le chef de l'IGAS pour examiner le financement, par les organismes de sécurité sociale, des mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Dans ce rapport, l'IGAS formule 22 recommandations visant à améliorer la politique de protection des majeurs vulnérables, notamment en simplifiant les modalités de financement des mandataires judiciaires. L'IGAS propose ainsi de « simplifier le dispositif de financement en prévoyant soit un payeur unique au niveau local, la CAF (avec création d'un fonds national alimenté par les financeurs actuels, exceptés les départements), soit deux financeurs, la CAF et la DDCS, la CNAF se finançant au niveau national auprès des autres caisses nationales de sécurité sociale. » L'IGAS encourage par exemple « la création de postes de préposés d'établissement à travers notamment la création d'un véritable « statut » du préposé, la sensibilisation des directeurs d'établissement et la fixation d'objectifs s'imposant aux établissements dans le schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs. » ; ou propose encore de « généraliser l'établissement de protocoles de partenariat entre les conseils généraux et les tribunaux de grande instance pour la mise en œuvre de la protection des majeurs vulnérables. »

Etablissements publics de santé - établissements et services publics sociaux et médico-sociaux - mandataires judiciaires à la protection des majeurs - personne morale de droit public - protection juridique - comptable public - gestion des biens - recette - dépense - registre spécial - juge des tutelles - gérant de tutelle

Décision nos 363263 et autres du 22 octobre 2014 du Conseil d'Etat statuant au contentieux - Cette décision annule les dispositions de l'article 3 du décret n° 2012-663 du 4 mai 2012 relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public, prévoyant que s'agissant des *opérations de dépenses ou de recettes relatives à la gestion du patrimoine des personnes protégées par la loi, hébergées ou soignées en établissement public de santé ou en établissement public social et médico-social les obligations du préposé mandataire judiciaire, empêché sont alors exécutées par le directeur de l'établissement à défaut de délégataire.*

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

