

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1er au 15 juin 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Patient hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 3
Personnel	page 4
Responsabilité hospitalière	page 6
Marchés publics	page 9
Publications	page 10

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

Hyda DUBARRY

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

PATIENT HOSPITALISÉ

Proposition de loi n°586 relative à l'assistance médicale pour mourir et à l'accès aux soins palliatifs – Cette proposition de loi déposée le 8 juin 2012 par le Sénateur M. Roland COURTEAU a pour objet de modifier les textes actuellement en vigueur sur la fin de vie. Le sénateur indique que la « *législation ne permet que de « laisser mourir », alors que 94 % de la population interrogée (sondage IFOP – octobre 2010) sont favorables à la possibilité de recours à une aide active à mourir.* »

Composée de 7 articles cette proposition de loi propose que « *toute personne, majeure non protégée, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit l'origine, lui causant des souffrances physiques ou psychiques qui ne peuvent être apaisées ou qu'elle juge insupportables, peut demander à bénéficier, dans les conditions prévues au présent titre, d'une assistance médicale pour mourir.* » Cette demande devra être examinée par un collège de médecins, à savoir le médecin saisi de la demande ainsi que deux autres praticiens. Le caractère libre et éclairé de la demande sera examiné par le collège de médecins lors d'un entretien avec le patient. Le collège devra remettre ses conclusions dans un délai maximum de 8 jours. La proposition de loi prévoit l'institution d'une « commission nationale et régionale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité ». Le médecin qui aura apporté son concours à l'assistance médicale pour mourir adresse à la commission régionale de contrôle mentionnée un rapport sur les conditions dans lesquelles ce décès est intervenu.

De plus, la proposition de loi prévoit que toute personne majeure pourrait rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté, dans lesquelles elle indiquerait ses souhaits en matière de limitation ou d'arrêt des traitements et, le cas échéant, les circonstances dans lesquelles elle désirerait bénéficier d'une assistance médicale pour mourir. Ces directives anticipées seraient inscrites sur un registre national automatisé tenu par la commission nationale de contrôle des pratiques relatives au droit de mourir dans la dignité.

Enfin, l'article 6 de cette proposition de loi propose que les conditions d'accès aux soins palliatifs soient organisées par l'agence régionale de santé « dans le respect d'exigences de proximité et de capacité d'accueil définies au niveau national. »

Arrêté du 24 mai 2012 portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique – Cet arrêté vient préciser le nom des associations et unions d'associations ayant obtenu un agrément au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, pour une période de cinq ans.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE



RÉFÉRENTIEL DE CERTIFICATION PAR
ESSAI DE TYPE
DES LOGICIELS HOSPITALIERS D'AIDE À
LA PRESCRIPTION

VERSION DE JUIN 2012
CRITÈRES DE JUIN 2012

Haute autorité de santé (HAS), référentiel de certification des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription (LAP) - C'est la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a chargé la HAS d'établir une procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription (LAP). La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a rendu obligatoire cette certification. La HAS publie donc sur son site internet la première version du référentiel de certification des LAP. Ce référentiel 2012 concerne les LAP destiné aux établissements de santé et a pour objectif de promouvoir des fonctionnalités susceptibles d'améliorer la qualité de la prescription, de faciliter le travail du prescripteur et de favoriser la conformité réglementaire des prescriptions ainsi que de diminuer le coût du traitement à qualité égale. Ce référentiel aborde notamment les sujets suivants : le mode de choix des médicaments, les alertes de contre indication et d'interaction, la disponibilité des différentes informations sur le médicament, les prescriptions pour les patients hospitalisés ainsi que les prescriptions pour les patients externes. La liste des LAP certifiés sera publiée sur le site internet de la HAS.

Jurisprudence :

Cour de cassation, 3 mai 2012, n°10-24383 (recouvrement - taxe de séjour - établissement de santé) - Une commune émet à l'encontre d'un établissement public de santé un titre de recette pour le recouvrement du produit de la taxe de séjour pour l'année 2003. L'établissement de santé concerné conteste le principe de l'assujettissement de ses patients à cette taxe. La Cour de cassation comme la Cour d'appel d'Aix en Provence relève que « la taxe de séjour est un prélèvement fiscal destiné à financer les dépenses de la commune liées au tourisme » et retient que « les malades hébergés dans un hôpital n'étaient pas assujettis à cette taxe ».

PERSONNEL

Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale -Ce décret vient modifier le code de déontologie médicale afin de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires, notamment celles apportées par la loi HPST du 21 juillet 2009 en matière de développement professionnel continu. Il précise le périmètre et le contenu de certaines obligations et « *assouplit les règles en matière de remplacement, de médecine foraine et de gestion de cabinet médical* ». Quant à la liberté de prescription, elle était limitée par le respect des « seules limites fixées par la loi » il est aujourd'hui fait également référence « aux données acquises de la science ».

Le décret prévoit que les « *notes personnelles du médecin* », tenues indépendamment de son dossier médical, « ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers ». A noter que les notes personnelles ne sont pas définies par les textes.

Ce décret précise également le champ des honoraires médicaux, en incluant les actes de télémedecine. En ce sens le texte prévoit que « Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. »

Autre modification à noter, celle apportée à l'article R.4127-35 du Code de la santé publique relative à l'information du patient qui prévoit désormais que : « *lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.* » Est donc supprimée – en concordance avec les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - la disposition qui prévoyait jusqu'alors, dans le cadre de la déontologie médicale, la possibilité pour le médecin de laisser dans certains cas un malade dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, ceci dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien appréciait en conscience.

Circulaire n°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Dans cette circulaire la DGOS rappelle que l'année 2013 sera une année charnière en matière de formation pour les établissements de santé. Il est précisé qu'un arrêté du ministre chargé de la santé fixera chaque année la liste des orientations nationales de développement professionnel continu (DPC). Sur la base de ces orientations, un plan de DPC devra être conçu et intégré au plan de formation des établissements et permettre ainsi à chaque professionnel de santé de valider annuellement son obligation. Cette circulaire précise les formations prioritaires à dispenser au profit de leurs agents titulaires et non-titulaires. Plusieurs orientations ont été retenues. Ces orientations se déclinent en axes de formation à mettre en œuvre par les établissements et en actions de formation nationales :

- Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficaces
- Accompagner au sein des établissements la prise en compte des droits du patient et la prise en charge des patients âgés ou en fin de vie
- Développer les nouvelles technologies au service de la coordination des professionnels et de la qualité des soins
- Renforcer la sécurité des prises en charge au profit du patient et du personnel
- Créer les conditions d'une gestion performante des établissements
- Accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des grandes orientations de santé publique.

Jurisprudences :

Conseil d'Etat, 12 mars 2012, n°343209 (praticien associé - conditions de stage et de nomination - licenciement) - En l'espèce, Mme X, de nationalité iranienne, est nommée le 1er juillet 2005 praticien hospitalier associé par arrêté du Ministre de la santé pour une durée de deux ans renouvelables. Le 16 novembre 2007, le Ministre chargé de la santé prononce son licenciement pour inaptitude à l'exercice des fonctions de praticien hospitalier. Mme X conteste cette décision en invoquant le fait que la procédure réalisée ne lui est pas applicable. Le Tribunal administratif de Pau suit ce raisonnement et annule l'arrêté ministériel de licenciement. Saisi en cassation, le Conseil d'Etat considère « *qu'il résulte de la combinaison de ces dispositions* (les articles R. 6152-10 et R. 6152-13 du Code de la santé publique), *par lesquelles le pouvoir réglementaire a entendu aligner les conditions de stage et de nomination des praticiens associés sur celles des praticiens à titre permanent, que les médecins n'étant pas de nationalité française ou ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'Andorre, lorsqu'ils remplissent les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecins, peuvent être nommés praticiens hospitaliers associés pour une période probatoire d'un an ; qu'à l'issue de cette période, ils peuvent être, soit admis à prolonger leur période probatoire, pour une nouvelle durée d'un an, soit licenciés pour inaptitude à l'exercice des fonctions, soit encore autorisés à continuer leur activité en qualité de praticien associé ; que seule leur nomination à titre de praticien permanent est soumise à la condition de nationalité prévue par l'article R. 6152-10 du code de la santé publique* ».

Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Alsace, chambre disciplinaire de première instance, 24 avril 2012 (succession de fautes - déontologie médicale - radiation)- Un chirurgien urologue a été radié du tableau de l'ordre des médecins à la suite d'une succession de fautes professionnelles conduisant à ce qu'une patiente opérée pour une néphrectomie totale d'un rein malade, se voit retirer son rein sain. Dans sa décision, le chambre disciplinaire de première instance note que l'urologue est en effet à l'origine de cette erreur « *par son défaut de surveillance de son secrétariat, et qu'il n'a pas permis de l'éviter en ne vérifiant, ainsi qu'il y était normalement tenu, les conditions de l'intervention sur les images du scanner, le Docteur M a méconnu ses obligations déontologiques ; compte tenu de leur extrême gravité et de leurs conséquences sur l'existence de la patiente, il y a lieu de prononcer à son encontre la sanction de sa radiation du tableau de l'ordre des médecins* ».

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

Jurisprudences :

[Cour administrative d'appel de Nantes, 8 mars 2012, n°10NT01684](#) (intervention de praticiens hospitaliers - clinique - responsabilité) - En l'espèce, Mme Y a été opérée le 8 avril 2003 au sein d'une clinique privée par un praticien de cet établissement ainsi que deux praticiens hospitaliers mis à la disposition de cette clinique par un CHU dans le cadre d'une convention de partenariat signée entre les deux établissements. A la suite de cette intervention, des complications sont apparues et Mme Y a dû subir une seconde intervention. Mme Y conservant des séquelles de ces interventions a recherché directement la responsabilité du CHU. Par un jugement en date du 2 juin 2010, le tribunal administratif de Nantes a fait droit à sa demande. Le CHU mis en cause a donc fait appel de cette décision. La Cour administrative d'appel de Nantes annule ce jugement et considère que « *ces deux praticiens hospitaliers avaient été mis à la disposition de la polyclinique dans le cadre d'une convention spécifique passée le 3 avril 2003 entre les deux établissements ; que le concours de ces deux praticiens, sans lien avec le fonctionnement du service public hospitalier, n'a pu avoir d'incidence sur la nature privée des relations contractuelles existant entre la patiente et son médecin, le docteur X, de telles relations relevant, en cas de litige, de la compétence des juridictions judiciaires ; que si la convention précitée du 3 avril 2003 prévoyait, en son dernier article, que "le CHU s'engageait à assurer la couverture en responsabilité civile de cette intervention", elle ne pouvait être invoquée par Mme Y qui n'y avait pas été partie, et n'avait pas d'autre objet que de permettre à la clinique de mettre en jeu la responsabilité du CHU par la voie de l'action récursoire dans le cas où sa responsabilité viendrait à être engagée devant le juge judiciaire pour des fautes commises par les médecins provenant du secteur public ; qu'ainsi c'est à tort que les premiers juges ont estimé qu'alors même qu'elle n'était pas partie à la convention en cause Mme Y était fondée à rechercher elle-même et directement devant le juge administratif la responsabilité du CHU.* »

[Conseil d'Etat, 12 mars 2012, n° 342774](#) (Responsabilité hospitalière – Psychiatrie – Hospitalisation libre – Suicide) - La Haute juridiction administrative estime qu'un établissement public de santé ne peut être tenu pour responsable d'une tentative de suicide faite après sa sortie volontaire par une patiente qui a été admise en hospitalisation libre en unité libre. Saisie d'une demande d'indemnisation, le Conseil d'Etat considère qu'« *aux termes de l'article L. 3211-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction en vigueur lors de l'hospitalisation de Mlle C : « Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause » ; qu'il résulte de ces dispositions que la cour n'a pas commis d'erreur de droit en prenant en compte, pour juger que le centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand n'avait pas commis de faute en n'adoptant pas des méthodes coercitives de surveillance de Mlle C, la circonstance que l'intéressée, qui avait elle-même demandé son hospitalisation, relevait du régime de l'hospitalisation libre* ».

Cour de cassation, chambre criminelle, 2 mai 2012, pourvoi n°11-84017 et 16 mai 2012 pourvoi n° 11-83834 (Pénal – Responsabilités – Médecin – Condamnation – Blessures involontaires – Altération de preuve) - Par deux décisions distinctes en date des 2 et 16 mai 2012, la chambre criminelle de la Cour de cassation a définitivement condamné pour blessures involontaires et altération de preuve, un gynécologue-obstétricien qui a essayé de falsifier un dossier médical afin de couvrir ses négligences et imprudences lors d'un accouchement au terme duquel l'enfant est resté lourdement handicapé. Cette condamnation au pénal pour altération de preuve est une première en France.

En l'espèce, ce gynécologue-obstétricien a été condamné en appel à 10 000€ d'amende pour blessures involontaires et à 3 000€ d'amende pour altération de document concernant un délit pour faire obstacle à la vérité. Le Cour de cassation approuve le raisonnement de la Cour d'appel qui a reproché à ce médecin d'avoir commis plusieurs négligences et imprudences au cours de l'accouchement de la parturiente qui a eu lieu en 2000 au sein d'une clinique. Selon la Cour d'appel, il « *a été négligent dans l'assistance de la patiente en se déchargeant sur la sage-femme et en partant à son domicile pendant près de deux heures, en contravention avec son obligation d'assurer à sa patiente des soins attentifs et consciencieux* ». Son absence ne lui a pas permis d'observer « *le rythme cardiaque saltatoire avec ralentissements et bradycardies* ». Au cours de la procédure, il a admis qu'il aurait immédiatement décidé de pratiquer une césarienne s'il avait été présent. A son retour auprès de la parturiente, la Cour d'appel a considéré qu'il a été imprudent d'avoir réalisé en vain, avec l'aide de la sage-femme une tentative de rotation puis d'extraction du fœtus à l'aide de spatules alors que la tête du fœtus était mal engagée. La Cour a également relevé qu'il s'est montré négligent vis-à-vis du fœtus en tardant à s'assurer de l'évolution clinique de celui-ci et à mettre en place un monitoring du rythme cardiaque fœtal. Elle a également souligné l'impréparation de l'intervention. De plus, la Cour de cassation valide également l'analyse de la Cour d'appel concernant la condamnation pour altération de preuve en ce que le praticien, « *conscient d'un risque d'engagement de sa responsabilité par les parents, a ainsi altéré son rapport qui, dans sa nouvelle version, était susceptible de faire obstacle à la manifestation de la vérité notamment en cas de poursuites pour blessures involontaires* ».

Conseil d'Etat, 24 avril 2012, n° 327449 (Responsabilités – Produits et appareils de santé – Utilisation de matériels défectueux) - Par cette décision, le Conseil d'Etat confirme que le service public hospitalier est responsable des conséquences dommageables dues à la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise. En l'espèce, à la suite d'une intervention chirurgicale pratiquée dans un centre hospitalier, un nourrisson est victime d'une dépression respiratoire et d'un arrêt cardiaque lui causant de graves séquelles neurologiques, alors qu'il se trouve en salle de surveillance post-opératoire.

En première instance, le tribunal administratif estime que l'établissement public de santé est responsable des conséquences dommageables de cet accident et le condamne à verser des indemnités aux parents de cet enfant. Le centre hospitalier fait alors appel du jugement ; or, la Cour administrative d'appel le rejette. L'établissement de santé se pourvoit alors en cassation.

Le Conseil d'Etat relève notamment que le rapport d'expertise indiquait que « *le médecin anesthésiste avait commis une faute en omettant de procéder, au cours de la phase de réveil, à des vérifications cliniques qui s'imposaient quelles qu'aient été les indications fournies par l'appareil de mesure de la saturation artérielle en oxygène* », dont le fonctionnement avait été considéré comme défaillant par le centre hospitalier. Il rappelle ainsi que la défaillance d'un appareil utilisé au cours des soins engage la responsabilité du service public hospitalier au même titre qu'une faute de service. Il rejette donc le pourvoi du centre hospitalier en visant de façon claire l'arrêt C-495/10 du 21 décembre 2011 de la Cour de justice de l'Union européenne qui a considéré que la directive 85/374/CEE du Conseil du 25 juillet 1985 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des Etats membres en matière de responsabilité du fait des produits défectueux ne régit pas la responsabilité des prestataires de services au titre des dommages causés par la défectuosité des produits qu'ils utilisent dans le cadre de leurs prestations.

Cour administrative d'appel de Lyon, 19 avril 2012, n°11LY00850 (accouchement par voies naturelles - obligation d'information - responsabilité médicale) - En l'espèce, Mme B âgée de 33 ans a été hospitalisée à terme le 19 août 2005 à l'hôpital Y pour l'accouchement de son troisième enfant. Le lendemain, deux substances (un gel de Prostine et du Syntocinon) lui sont administrées afin de déclencher et favoriser le travail obstétrical. La survenance de complications a justifié l'extraction instrumentale, par les voies naturelles, de l'enfant. Mme B., victime d'une embolie amniotique massive est décédée le même jour. Son mari et ses parents ont saisi la CRCI (commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales) d'une demande d'indemnisation. Par un avis du 11 juillet 2007, celle-ci a estimé qu'aucune faute ne pouvait être reprochée à l'hôpital Y et qu'aucune indemnisation ne pouvait être accordée au titre de la solidarité nationale. La mère de Mme B saisit alors le Tribunal administratif de Lyon, estimant que sa fille avait été victime d'un surdosage médicamenteux ayant favorisé la survenance de l'embolie amniotique et qu'elle n'avait pas été informée sur les substances administrées. Le Tribunal rejette sa demande par un jugement en date du 8 février 2011. La cour administrative d'appel de Lyon relève que, selon les experts, *"l'embolie amniotique est une pathologie imprévisible et très rare, dont les causes exactes et les conditions de survenance sont, en l'état des connaissances médicales, indéterminées"*. La mère de Mme B. n'est donc pas fondée à soutenir que *"l'établissement hospitalier aurait commis une faute en utilisant de manière combinée le gel de Prostine et le Syntocinon ni, en toute hypothèse, que l'administration de ces substances serait directement en lien avec la survenance de l'embolie amniotique dont a été victime Mme B"*. S'agissant du défaut d'information, la Cour considère que *"la prise en charge d'une patiente dans un établissement public de santé en vue d'un accouchement non pathologique par les voies naturelles n'est pas, en tant que telle, au nombre des investigations, traitements ou actions de prévention pour lesquels les praticiens de ces établissements sont soumis à une obligation d'information, en vertu des dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique"*. Elle ajoute qu'il n'y a aucun lien de causalité avéré entre l'embolie amniotique et l'utilisation combinée des deux substances et donc qu'il n'y a pas de lien de causalité entre un éventuel défaut d'information et le préjudice subi. La demande de la requérante est rejetée.

Cour administrative d'appel de Nantes, 12 avril 2012, n°10NT00310 (médecin libéral de garde - SAMU - responsabilité de l'établissement de santé) - Dans la nuit du 17 au 18 février 2002, M. C a été victime d'un malaise à son domicile alors qu'il s'y trouvait seul avec son fils alors âgé de 10 ans. Ce dernier, à la demande de son père, a contacté le médecin régulateur du SAMU qui a tenté de joindre sans succès le médecin libéral de garde afin de réorienter M. C vers lui puis a demandé au jeune garçon de tenter de joindre directement ce médecin libéral de garde avant de mettre fin à la conversation. En dépit d'un message laissé par l'enfant sur le répondeur du médecin de garde, ce dernier ne s'est jamais manifesté. Devant l'aggravation de l'état de santé de son père, l'enfant a rappelé le SAMU qui a dépêché sur place les pompiers puis le SMUR. Les médecins du SMUR n'ont pu que constater le décès de M. C. La Cour d'appel de Bourges a condamné à trois mois de prison avec sursis le médecin régulateur du SAMU ainsi que le médecin libéral de garde du chef d'homicide involontaire par violation manifeste d'une obligation de sécurité ou de prudence. Seul le médecin de garde libéral a été condamné à réparer le préjudice moral des enfants de M. C. Compte tenu de l'insolvabilité du médecin libéral, les ayants droit de M. C ont engagé une procédure devant la commission d'indemnisation des victimes d'infractions près le tribunal de grande instance de Bourges afin d'obtenir la réparation effective de leur préjudice moral. Le fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) a ainsi été amené à leur verser des indemnités d'un montant de 65000 euros (à l'époque des faits, l'ONIAM n'était pas encore créé). Le FGTI relève appel du jugement du tribunal administratif d'Orléans en date du 28 décembre 2009 qui n'a que partiellement fait droit à sa demande de condamnation de l'hôpital Y dont relève le SAMU concerné, le tribunal ayant limité la responsabilité du centre hospitalier à la réparation de la moitié des conséquences dommageables subies pour tenir compte de la faute commise par le médecin libéral de garde. In fine, le juge administratif se fondant sur le décret du 16 décembre 1987 précisant que *"les SAMU exercent les missions suivantes : 1° assurer une écoute médicale permanente ; 2° déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels"* retient à l'encontre de l'établissement de santé une part de responsabilité de 70%.

MARCHÉS PUBLICS

[Note technique relative aux achats sous le seuil de dispense de procédure](#) - Juin 2012 - Direction des affaires juridiques du Ministère de l'économie, des finances et du commerce extérieur - Le décret n°2011-1853 du 9 décembre 2011 modifiant certains seuils du code des marchés publics et l'article 118 de la loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives ont relevé le seuil de dispense de procédure de 4000 à 15000 euros hors taxe s'agissant notamment des établissements de santé. Cette note rappelle qu'en dessous du seuil de 15000 euros, trois règles permettront à l'acheteur public d'effectuer son achat en bon gestionnaire, dans le respect des principes fondamentaux de la commande publique, à savoir :

- choisir une offre répondant de manière pertinente au besoin,
- respecter le principe de bonne utilisation des deniers publics,
- ne pas contracter systématiquement avec un même prestataire lorsqu'il existe une pluralité d'offres potentielles susceptibles de répondre au besoin.

PUBLICATIONS AP-HP

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

