

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1^{er} au 16 décembre 2011

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Pôle de la Réglementation
Hospitalière et de la Veille
Juridique

Hylda DUBARRY

Clémence DULIERE

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN-
MARIS

Audrey VOLPE

Réglementation sanitaire	page 2
Droits du patient	page 3
Droits de la famille	page 5
Organisation hospitalière	page 6
Organisation des soins	page 8
Personnel	page 8
Responsabilité médicale	page 10
Sécurité sanitaire	page 11
Marchés publics	page 11
Sécurité sociale	page 11
Publications	page 12

REGLEMENTATION SANITAIRE

[Rapport IGAS relatif au circuit du médicament](#) – Mai 2011 – La mission de l'IGAS était de capitaliser les précédents rapports établis sur le thème du circuit du médicament à l'hôpital. Elle a inscrit ses travaux dans le cadre de l'évolution impulsée ses dernières années par les pouvoirs publics pour améliorer la prise en charge des patients à l'hôpital. Ses recommandations s'appuient sur les exigences et les possibilités ouvertes par la loi HPST en particulier son volet de modernisation des établissements de santé ainsi que celles des dispositions qui organisent les collaborations entre professionnels de santé et ont pour objectif de garantir la continuité du parcours de soins.

[Arrêté du 24 novembre 2011](#) relatif aux tests d'orientation diagnostique de l'angine à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A – Ce texte vient préciser quels sont les professionnels de santé autorisés à pratiquer les tests d'orientation diagnostique de l'angine à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A.

[Décret n° 2011-1715 du 2 décembre 2011](#) relatif aux conditions d'inscription sur la liste d'aptitude des directeurs d'établissements de transfusion sanguine - Ce décret permet l'inscription sur la liste nationale d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement de transfusion sanguine arrêtée par le ministre chargé de la santé des personnes responsables du respect, dans les établissements de transfusion sanguine, de la réglementation relative à la qualité et à la sécurité des produits sanguins ainsi que des tissus ou de leurs dérivés ou des préparations de thérapie cellulaire à la condition qu'elles aient exercé ces fonctions pendant au moins quatre ans. Par ailleurs, il confie à l'Etablissement français du sang le soin de formuler un avis au ministre chargé de la santé sur les candidatures aux fonctions de directeur d'établissement de transfusion sanguine.

[Arrêté du 6 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 28 février 1995](#) pris en application de l'article D. 461-25 du code de la sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérigènes - Cet arrêté redéfinit dans son annexe II les informations demandées aux médecins du travail et les modalités de la surveillance post-professionnelle pour les agents ou pour les procédés cancérigènes visés à l'article D.461-25 du code de la sécurité sociale et faisant l'objet de tableaux de maladies professionnelles. Concernant particulièrement l'amiante il est prévu des modalités de surveillance médicale avec examen clinique médical et biologique tous les deux ans.

[Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011](#) en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé - La loi HPST renforce les exigences à atteindre en matière de qualité et de sécurité des soins pour tous les établissements de santé. Elle confère sur ces questions un rôle accru à la commission médicale d'établissement ainsi qu'à son président. Le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010, s'inscrit dans ce contexte. Il revient à chaque établissement de définir l'organisation la mieux adaptée à la fois à ses activités, à l'état d'avancement de sa démarche de gestion des risques et à ses objectifs spécifiques. Les fonctions de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, ainsi que celles du responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse y sont pleinement reconnues.

[Instruction interministérielle n°DGS/DUS/SG-DMAT/DGSCGC/DGCS/DGOS/DGT/2011/450 du 1er décembre 2011](#) précisant les actions à mettre en œuvre pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale – Cette circulaire a pour objet de rappeler les dispositifs existants ainsi que les outils d'information et de communication permettant d'anticiper et d'organiser les réponses aux différents enjeux de l'hiver 2011-2012 ; elle s'adresse aux préfets ainsi qu'aux directeurs généraux des ARS, chargés de s'assurer de la continuité et de la permanence des soins, de la bonne prise en charge médico-sociale et d'ajuster l'offre de soins dans des situations de tension liées à la période hivernale. L'objectif est d'une part de garantir à la population la qualité et la sécurité d'une prise en charge adaptée et de ne pas compromettre les missions des établissements de santé et du système de santé dans son ensemble et d'autre part de prévenir les risques sanitaires directs et indirects liés au froid.

DROITS DU PATIENT

[Décision n°2011-202 QPC du 2 décembre 2011](#) - [Hospitalisation sans consentement antérieure à la loi n° 90-527 du 27 juin 1990] - Le Conseil constitutionnel a été saisi le 28 septembre 2011 par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par Mme Lucienne Q. Cette question était relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des articles L. 336, L. 337, L. 338, L. 339, L. 340 et L. 341 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Le Conseil constitutionnel a repris sa jurisprudence des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011 aux termes de laquelle l'hospitalisation d'une personne atteinte d'une maladie mentale ne peut être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire sous peine de méconnaître les exigences de l'article 66 de la Constitution. En conséquence, le Conseil a déclaré contraires à la Constitution les dispositions contestées du code de la santé publique. Cette déclaration d'inconstitutionnalité prend effet à compter de la publication de la décision. Elle est applicable à toutes les instances non jugées définitivement à cette date.

[Arrêté du 23 novembre 2011](#) portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

Arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé en application de l'article R. 313-22 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé – Cet arrêté définit les conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé (ARS) en vue de la délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé d'un étranger malade. L'étranger qui a déposé une demande de délivrance ou de renouvellement de carte de séjour temporaire est tenu de faire établir un rapport médical relatif à son état de santé par un médecin agréé ou par un médecin praticien hospitalier. Ces derniers transmettent, au médecin de l'ARS dont relève la résidence de l'intéressé, un rapport précisant le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution

Le médecin de l'ARS doit émettre un avis précisant si l'état de santé de l'étranger nécessite ou non une prise en charge médicale, si le défaut de cette prise en charge peut ou non entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé, s'il existe dans le pays dont il est originaire, un traitement approprié pour sa prise en charge médicale et la durée prévisible du traitement. Cet avis est transmis au préfet sous couvert du directeur général de l'ARS. Celui-ci, s'il estime qu'il y a lieu de prendre en compte des circonstances humanitaires exceptionnelles susceptibles de fonder une décision d'admission au séjour, transmet au préfet un avis complémentaire motivé.

Tribunal administratif de Paris, 21 juin 2011, n°0903392/6-2 (dossier médical - destruction irrégulière - absence de préjudice) - Monsieur X reproche à un établissement public de santé d'avoir détruit son dossier médical avant le terme du délai fixé par l'arrêté interministériel du 11 mars 1968 portant règlement des archives hospitalières (à savoir, 20 ans). Il soutient en outre que la perte de ce dossier a empêché l'expert nommé d'établir un lien de causalité entre l'exposition à des ultraviolets qu'il a subi dans les années 80 et l'apparition de son cancer (carcinome). Le juge rejette la requête de Monsieur X en considérant que "*à supposer la faute commise par l'hôpital Y, résultant de la destruction irrégulière du dossier médical du requérant, cette faute n'a pas pu entraîner les préjudices allégués ; qu'elle ne peut, en particulier, être à l'origine d'une perte de chance d'obtenir une décision favorable devant la juridiction administrative ou avoir eu pour conséquence de méconnaître le principe d'égalité*".

DROIT DE LA FAMILLE

[Loi n°2011-1862 du 13 décembre 2011](#) relative à la répartition des contentieux et à l'allègement de certaines procédures juridictionnelles - Cette loi apporte diverses mesures de simplification de l'organisation judiciaire, en mettant l'accent sur les juges de proximité et en créant des juridictions spécialisées dans certains contentieux. A noter, ce texte comporte des mesures relatives à l'état civil notamment la simplification de la procédure de changement de prénom d'un enfant mineur dans le cadre d'une adoption simple ; cette loi vient également modifier le Code de la santé publique en ce qui concerne les injonctions thérapeutiques dans le cas d'usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool.

[Circulaire du 28 octobre 2011](#) relative aux règles particulières à divers actes de l'état civil relatifs à la naissance et à la filiation - Elaborée en 1955, l'instruction générale relative à l'état civil (IGREC) a regroupé en un seul document les multiples dispositions législatives et réglementaires, ainsi que les circulaires et les décisions jurisprudentielles. Depuis sa dernière révision, en 2002, d'importantes réformes ont été engagées, nécessitant de revoir son contenu. Publiée au Bulletin officiel du ministère de la Justice et des Libertés n° 2011-11 du 30 novembre 2011, la présente circulaire constitue le premier volet de cette mise à jour de l'IGREC. Elle porte sur les règles applicables à l'établissement de l'acte de naissance, au prénom, au nom de famille, à la filiation (dont l'établissement de l'acte de reconnaissance), ainsi qu'à l'adoption interne et internationale.

[Réponse ministérielle n°119025](#) publiée au JO du 6 décembre 2011 relative au changement de nom de l'enfant suite à la reconnaissance paternelle tardive – La question posée au ministre de la Justice et des libertés était de savoir s'il est envisageable de modifier l'acte de naissance d'un enfant pour y intégrer soit en substitution du nom de famille, soit en complément au nom, le nom du père qui l'a reconnu après la naissance. A ce jour en l'absence de reconnaissance du père à la naissance, le nom de famille de l'enfant apparaissant sur l'acte d'état civil est celui de la mère.

Le ministre répond qu' « *aux termes de l'article 311-23, alinéa 2, du Code civil, les parents peuvent, par déclaration conjointe devant l'officier de l'état civil, à l'occasion de l'établissement du second lien de filiation postérieurement à la déclaration de naissance ou durant la minorité de l'enfant, choisir soit de lui substituer le nom de famille du parent à l'égard duquel la filiation a été établie en second lieu, soit d'accoler leurs deux noms, dans l'ordre choisi par eux, dans la limite d'un nom de famille pour chacun d'eux.*

Le changement de nom est alors mentionné en marge de l'acte de naissance de l'enfant. En effet, les indications contenues dans le corps de l'acte telles que la rubrique relative au nom de famille sont recueillies par l'officier de l'état civil au jour de la déclaration de naissance, et l'acte à valeur authentique ainsi dressé ne peut être modifié que par voie de mention marginale. Néanmoins, le nom de famille porté en en-tête d'acte est modifié par l'officier de l'état civil suite au changement de nom de l'enfant. Enfin, dans l'exemple cité, lorsqu'il sera délivré un extrait d'acte de naissance pour l'enfant, seul le nom choisi par les parents à l'issue de la reconnaissance paternelle figurera. »

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

[Arrêté du 8 novembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 29 mars 2011 fixant pour l'année 2011 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

[Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011](#) relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé – Ce décret a pour objet de soumettre à autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière répond à certains critères. En outre, il limite les possibilités des établissements publics de santé de souscrire certains types d'emprunts. Il modifie en ce sens le Code de la santé publique.

[Circulaire n° DGOS/R1/2011/443 du 9 novembre 2011](#) relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé - En complément de la [circulaire de référence de la campagne 2011 du 30 mars dernier](#), cette circulaire vise à préciser les conditions d'allocation aux établissements de santé des ressources complémentaires qui leur sont déléguées. La modification des dotations régionales conduit à allouer 242,05M€ supplémentaires, dont 193,25M€ intégrés dans les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et près de 48,8M€ intégrés dans les dotations régionales de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM).

[Circulaire n° DGOS/R1/PF1/2011/458 du 2 décembre 2011](#) relative à la délégation des crédits régionalisés non fongibles du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2011

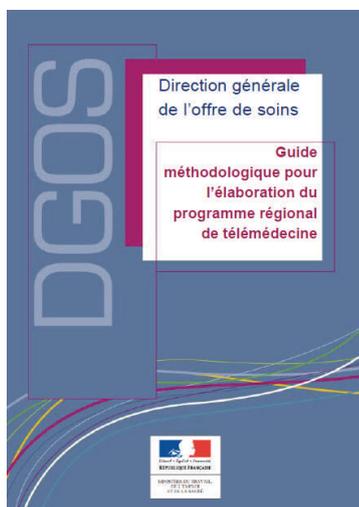
[Circulaire n° DGOS/R1/2011/459 du 8 décembre 2011](#) fixant le nouveau montant et sa répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) délégués par la circulaire n° DGOS/ R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du FMESPP.

[Cour de cassation, Chambre criminelle, 25 octobre 2011, n° 11-82780 \(Hospitalisation – Audition - Suspect – Police\)](#) - Par cet arrêt, la chambre criminelle de la Cour de cassation précise que l'audition d'un suspect hospitalisé dans un service de réanimation à la suite d'une blessure intervenue au cours de son interpellation méconnaît les exigences de l'article 3 de la Convention relatif au traitement inhumain et dégradant s'il n'est pas établi que les policiers ont agi avec l'autorisation préalable d'un médecin. En l'espèce, M. X, armé d'un couteau a été surpris par les forces de police alors qu'il venait visiblement de rouer de coups une personne dans l'enceinte d'une résidence. En résistant à son interpellation, le suspect a été blessé à l'abdomen et a dû être transporté à l'hôpital où il a subi en urgence une intervention chirurgicale. A la suite de l'intervention, le médecin de garde s'est opposé à l'audition de M. X qui n'était pas apte à être entendu le jour même. Toutefois, le lendemain, les policiers ont entendu le suspect après s'être renseigné sur son état de santé auprès de l'infirmière qui, selon toute vraisemblance, s'est adressée au préalable au médecin traitant pour solliciter son avis et cette autorisation. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la chambre d'instruction en faisant grief aux juges du fond de ne pas avoir recherché si un médecin avait pu constater par lui-même l'état de santé de l'intéressé avant son audition pour vérifier si celle-ci pouvait se dérouler dans des conditions respectant les exigences de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

[Conseil d'Etat, 29 juin 2011, n° 340287 \(Etablissements publics de santé – Loi HPST – Directoire – Membres – Pharmaciens\)](#) - Le Conseil d'Etat affirme dans cet arrêt que les pharmaciens peuvent être membres du directoire des établissements publics de santé. Le syndicat national des pharmaciens praticiens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires avait en effet demandé au Conseil d'Etat l'annulation du décret du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé. Ce décret, pris en application de l'article L. 6143-7-5 du Code de la santé publique, était contesté au motif qu'il laissait au directeur de l'établissement le soin de nommer « les membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales », sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement (CME). Ce syndicat considérait que les termes « membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales » constituaient un obstacle à la représentation des pharmaciens au sein des directoires. Or, le Conseil d'Etat a estimé que les « *termes membres qui appartiennent aux professions médicales qui désignent, au deuxième alinéa de l'article L. 6143-7-5 cité ci-dessus, les membres nommés par le directeur de l'établissement sur présentation d'une liste établie par le président de la commission médicale d'établissement, doivent s'entendre, au sens de cet article tel qu'il est notamment éclairé par les travaux préparatoires à l'adoption de la loi du 21 juillet 2009, comme désignant l'ensemble des membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique mentionnés au premier alinéa du même article ; qu'il en va par suite de même pour les termes membres du directoire qui appartiennent aux professions médicales figurant au premier alinéa de l'article D. 6143-45-2 ; que des pharmaciens sont ainsi légalement susceptibles de figurer sur la liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement en vue de leur nomination comme membre du directoire* ».

Fiche pratique DAJ « [Règles relatives au stationnement automobile abusif ou non autorisé dans l'enceinte du groupe hospitalier](#) »

ORGANISATION DES SOINS



[Circulaire n°DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011](#) relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine – En annexe de cette circulaire vous trouverez le guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, dans sa version finale. Ce guide a pour objectif de fournir un outil opérationnel proposant notamment des fiches pratiques associées à la mise en œuvre des cinq priorités nationales de déploiement de la télémédecine : imagerie en termes de permanence des soins ; prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ; santé des personnes détenues ; prise en charge des maladies chroniques ; soins en structure médico-sociale ou en HAD.

PERSONNEL

[Arrêté du 24 novembre 2011](#) relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes – Ce texte instaure notamment des commissions nationales de première instance et d'appel dans chacune des spécialités des diplômes d'études spécialisées en odontologie. Elles sont chargées de prendre en considération les formations et l'expérience professionnelle dont se prévaut l'intéressé qui ne possède aucun des documents portant reconnaissance officielle de la qualité de chirurgien-dentiste. Le texte précise la composition de ces commissions, dont les membres sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de cinq ans renouvelables, ainsi que la procédure de demande de qualification.

[Arrêté du 25 octobre 2011](#) relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées à l'article R. 6152-403 du code de la santé publique – Ce texte abroge l'arrêté du 17 janvier 1995 portant sur le même objet. Il maintient la liste existante des missions spécifiques pouvant être exercées par des praticiens contractuels tout en y ajoutant les activités de médecine légale. Il précise le niveau de rémunération afférent à chacune de ces missions.

Circulaire du 25 novembre 2011 relative à la mise en œuvre du décret n°91-769 du 2 août 1991 instituant une indemnité différentielle en faveur de certains personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation –Un ajustement des rémunérations des agents publics est mis en œuvre à compter du 1^{er} décembre 2011 par application de l'indemnité différentielle, créé par le décret du 2 août 2011, afin de tenir compte de la revalorisation du SMIC horaire à 9,19 euros. Cette indemnité est servie en compensation de l'écart "*qui peut exister entre le SMIC brut et les traitements bruts du bas de la grille de la fonction publique*".

Cour de cassation, 14 décembre 2011, n°H 10-20.378 (CHSCT - recours à une expertise - marché de service) - La Cour de cassation précise clairement dans le cas d'espèce que "*la décision de recourir à un expert, prise par le CHSCT d'un établissement public en application de l'article L. 4614-12 du code du travail, n'est pas au nombre des marchés de service énumérés limitativement par l'article 8 du décret n°2005-1742 du 30 décembre 2005 portant application de l'ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics*".

Les juges précisent également que l'arrêté portant création du CHSCT central de l'AP-HP confiant à ce dernier les mêmes missions et prérogatives qu'aux CHSCT légalement institués, le CHSCT central peut donc recourir à la désignation d'un expert dès lors que les conditions posées par l'article L. 4614-12 du Code du travail sont réunies (1° Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ; 2° En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8).

Conseil d'Etat, 30 mai 2011, n° 339496 (Médecin – Sanction – Traitements illusoires) - Par cet arrêt, le Conseil d'Etat rejette le pourvoi en cassation d'un médecin sanctionné par la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins pour son comportement professionnel, et plus particulièrement pour traitements illusoires. La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins avait annulé la décision de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins rejetant la plainte d'une patiente à son encontre et avait également prononcé sa radiation du tableau. La Haute juridiction administrative a estimé que ni le fait que ce médecin n'ait pas été le médecin traitant de cette patiente qui le consultait pour des soins d'accompagnement en ayant connaissance de la gravité de sa maladie et refusait tout traitement oncologique ou chirurgical, ni la circonstance que les soins prodigués (en l'espèce l'acupuncture et l'homéopathie) aient été légaux, ne le dispensait du respect des obligations déontologiques devant conduire « *à assurer au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents* ». En considérant que le médecin avait, « *par son comportement répété, conforté sa patiente dans le déni du cancer dont elle était atteinte, en se limitant à lui prodiguer des traitements illusoires, tout en omettant de l'informer sur la gravité de son état et de l'inciter à sa tourner vers des soins spécialisés, la chambre disciplinaire nationale a porté sur de tels faits une appréciation souveraine qui, étant exempte de dénaturation, ne peut être discutée devant le juge de cassation* ». Le Conseil d'Etat affirme par conséquent que la chambre disciplinaire nationale a pu en déduire que ce médecin avait commis des manquements à ses obligations professionnelles tels qu'issus des articles R. 4127-32 et R. 4127-39 du Code de la santé publique, de nature à justifier une sanction disciplinaire. Il relève également qu'en estimant que les manquements ainsi retenus à l'encontre du médecin justifiaient sa radiation du tableau, la juridiction disciplinaire n'a pas entaché de dénaturation son appréciation.

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE



Rapport d'activité
MACSF - Le Sou Médical
Le risque des professionnels de la santé en 2010

[Rapport d'activité 2010](#) du groupe MASCF-Le sous médical - Le groupe MACSF propose à travers son rapport d'activité annuel une analyse des litiges professionnels dont ils ont été saisis au cours de l'année. Spécialité par spécialité, ce rapport permet de prendre connaissance de cas concrets et réels, où le risque professionnel a donné lieu à un sinistre, le cas échéant suite à une erreur médicale.



[Conseil d'Etat, 17 octobre 2011, n°341343](#) (suicide - responsabilité de l'établissement de santé - absence de faute) - Le 1er décembre 2005, Madame D est admise sur sa demande en hospitalisation libre au sein d'un centre hospitalier spécialisé. Le 3 décembre, elle bénéficie d'une permission de sortie pour regagner son domicile. Dans la nuit du 3 au 4 décembre, après son retour dans l'établissement de santé, elle s'est pendue au pied de son lit à l'aide d'un foulard. Ses ayants droits ont recherché la responsabilité du centre hospitalier pour fautes commises lors du diagnostic et la surveillance de la patiente. Le Tribunal administratif d'Amiens puis la Cour administrative d'appel de Douai ont rejeté ces demandes. Le Conseil d'Etat rejette également le pourvoi formé par les ayants droits de Mme D en considérant que *"la Cour a apprécié le caractère adapté de l'ensemble de la prise en charge de Madame D. et a notamment estimé que les conditions dans lesquelles le diagnostic avait été établi n'étaient pas fautives"*. La Cour administrative d'appel de Douai avait notamment relevé que *"si Madame D. avait fait état d'idées suicidaires lors de son admission, elle n'avait effectué par le passé aucune tentative de suicide malgré un contexte dépressif ancien, qu'aucun signe d'aggravation de son état n'avait été constaté au cours des deux premiers jours de son hospitalisation et qu'aucun comportement anormal de nature à laisser présager une situation d'urgence suicidaire n'avait été décelé par son époux lors de son retour dans sa famille le 3 décembre 2005, ni par le personnel soignant lorsqu'elle avait regagné l'hôpital, la cour a retenu que le centre hospitalier spécialisé n'avait commis de faute ni dans le choix thérapeutique, en ce qui concernait le régime de l'hospitalisation et les médicaments prescrits, ni dans l'organisation et le fonctionnement du service (...)"*.

SÉCURITÉ SANITAIRE

Décret n° 2011-1728 du 2 décembre 2011 relatif à la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public (ERP) - La loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement a posé l'obligation de surveiller périodiquement la qualité de l'air intérieur dans certains ERP accueillant des populations sensibles ou exposées sur de longues périodes, comme les crèches, les écoles, les établissements d'accueil de personnes handicapées ou encore les établissements pénitentiaires pour mineurs. Le décret précise que cette surveillance doit être réalisée tous les sept ans par le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement, au moyen d'une évaluation des systèmes d'aération et d'une campagne de mesure des polluants, conduites par des organismes accrédités. Les personnes fréquentant les établissements concernés sont tenues informées des résultats de ces évaluations et mesures. En cas de dépassement des valeurs de référence, le propriétaire ou l'exploitant est tenu de faire réaliser une expertise afin d'identifier les sources de pollution et d'y remédier. A défaut, cette expertise peut être prescrite par le préfet, aux frais du propriétaire ou de l'exploitant.

MARCHÉS PUBLICS

Décret n° 2011-1853 du 9 décembre 2011 modifiant certains seuils du code des marchés publics - Ce décret relève le seuil de dispense de procédure à 15 000 euros HT, tout en garantissant, en dessous de ce seuil, le respect par l'acheteur public des principes fondamentaux de la commande publique. Il met en cohérence les autres dispositions comportant également des seuils (seuil au-delà duquel un contrat revêt obligatoirement la forme écrite, seuil de publicité et seuil de notification du contrat). Les dispositions du décret ne sont pas applicables aux contrats pour lesquels une consultation a été engagée ou un avis d'appel public à la concurrence a été envoyé à la publication antérieurement à la date d'entrée en vigueur du présent décret (le lendemain de sa publication).

SÉCURITÉ SOCIALE

Conseil d'Etat, 2 décembre 2011, n°347497 (remboursement partiel médicament - UNCAM - fixation automatique des taux illégale) - En l'espèce, l'association des accidentés de la vie, le collectif interassociatif sur la santé (CISS) et l'union nationale des associations familiales (UNAF) demandent au Conseil d'Etat d'annuler le décret n°2011-56 du 14 janvier 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale. Plus précisément, l'article 3 de ce texte prévoyait un nouveau mécanisme modifiant la procédure actuelle de fixation des taux de participation de l'assuré (au remboursement des médicaments à service médical rendu modéré, des médicaments homéopathiques et des dispositifs médicaux), en appliquant des taux constatés par arrêté ministériel si l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ne les arrêtaient pas dans un délai de deux mois suivant la publication du décret. Le Conseil d'Etat fait droit à la demande des associations d'usagers en considérant qu'un tel mécanisme de fixation automatique des taux est illégal dès lors que le code de la sécurité sociale prévoit que la fixation de la participation de l'assuré relève exclusivement de la compétence de l'Uncam. La haute juridiction administrative reporte l'annulation de cet article 3 du décret au 30 avril 2012 "*compte tenu des effets excessifs qu'emporterait une annulation rétroactive de ces dispositions, notamment pour la gestion de plusieurs millions de remboursements effectués depuis que ces dispositions ont été mises en œuvre par les caisses d'assurance maladie*".

PUBLICATIONS AP-HP

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

