

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1^{er} au 17 février 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

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

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Laura COURTOIS

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN - MARIS

Audrey VOLPE

Organisation des soins	page 2
Coopération à l'hôpital et associations	page 4
Propriété intellectuelle - Informatique	page 4
Marchés publics	page 5
Organisation hospitalière	page 5
Patient hospitalisé	page 8
Responsabilité médicale	page 9
Personnel	page 10
Réglementation sanitaire	page 13
Domaine public et privé	page 14
Frais de séjour	page 14
Publications	page 15

ORGANISATION DES SOINS

Alimentation artificielle - Hydratation artificielle - Traitement pouvant être interrompu - Obstination déraisonnable - Liberté fondamentale

[Conseil d'État, 14 février 2014, n° 375081, 375090, 375091](#) - Le Conseil d'Etat a été saisi de recours en annulation du jugement du tribunal administratif de Châlons en Champagne du 16 janvier 2014 ayant suspendu l'exécution de la décision médicale du 11 janvier 2014 par laquelle il a été mis fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. B. formés respectivement par l'épouse de M. T., son neveu, et le Centre Hospitalier Universitaire W. Cette décision est la première à affirmer que les dispositions de la loi dite Leonetti sont de portée générale, et applicables « *à tous les usagers du système de santé* », et pas uniquement aux patients qui sont en fin de vie. Elle est également la première à qualifier l'hydratation et l'alimentation artificielles d'actes « *susceptibles d'être arrêtées lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable* ». Le Conseil d'Etat reconnaît une nouvelle liberté fondamentale : « *le droit du patient de consentir à un traitement médical et de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable* ». Sur la procédure, le Conseil d'Etat estime « *qu'il appartient au juge des référés d'exercer ses pouvoirs de manière particulière, lorsqu'il est saisi sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative d'une décision, prise par un médecin sur le fondement du code de la santé publique et conduisant à interrompre ou à ne pas entreprendre un traitement au motif que ce dernier traduirait une obstination déraisonnable et que l'exécution de cette décision porterait de manière irréversible une atteinte à la vie* ». Il peut en ce sens « *prescrire une expertise médicale et solliciter, en application de l'article R. 625-3 du code de justice administrative, l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement la juridiction* ». Il sollicite donc, de manière exceptionnelle en référé, l'expertise de l'Académie nationale de médecine, du Comité consultatif national d'éthique, du Conseil national de l'Ordre des médecins, d'un collège de trois experts désigné par ces institutions, et de M. Leonetti.

Plan Cancer - Prévention - Prise en charge personnalisée - Recherche et innovation - Inégalités - Accès aux soins - Formation - Qualité des soins



[Plan Cancer 2014-2019](#) - Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France - Ce troisième Plan cancer fixe dix-sept objectifs, portant quatre "ambitions". La première consiste à "guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces grâce au dépistage et en garantissant un accès rapide pour tous à une médecine d'excellence qui allie les pratiques les plus pertinentes à une prise en compte vigilante des besoins des personnes". La deuxième ambition concerne la préservation de la continuité et de la qualité des soins, en assurant des prises en charges globales et personnalisées, et en diminuant l'impact du cancer sur la vie personnelle. La troisième ambition de ce Plan cancer consiste à investir dans la prévention et la recherche, à préparer "aussi la médecine de demain, centrée sur l'individu tant pour mieux cibler la prévention et les dépistages sur les populations à risque que pour proposer des traitements adaptés aux caractéristiques uniques des individus et de leur tumeur. Il anticipe les évolutions structurelles, organisationnelles et de formation des professionnels qu'implique la médecine personnalisée". Enfin, la quatrième ambition de ce Plan est d'améliorer le pilotage et les organisations, afin de rendre le système français de cancérologie "plus équitable". En ce sens, "le Plan s'attache, en particulier, à identifier, pour les réduire, les situations de pertes de chance pour les personnes malades, qu'elles prennent leur source dans les failles de l'organisation de notre système de santé ou dans les inégalités socioéconomiques".

Institut national du cancer (INCa) - Epidémiologie des cancers – Offre de soins

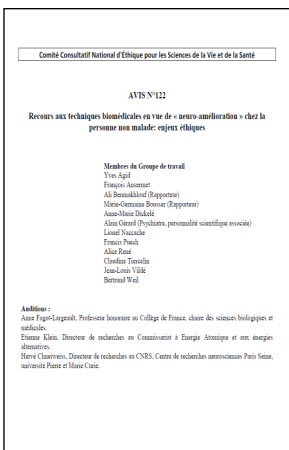


[Rapport de l'Institut national du cancer \(INCa\) « Les cancers en France – Edition 2013 »](#) - Février 2014 - L'INCa publie son rapport annuel sur les cancers en France qui rassemble ainsi les données les plus récentes concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec le cancer et la recherche. Ce rapport comporte sept chapitres autour des thématiques suivantes : Epidémiologie des cancers – Prévention vis-à-vis des principaux facteurs de risques – Dépistage – Offre de soins – Vivre pendant et après un cancer – Les inégalités de santé – La recherche.

Organisation des soins - Mucoviscidose - Centres de ressources et de compétences

[Arrêté du 16 janvier 2014](#) portant désignation des centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM) - Cet arrêté désigne, pour une durée de quatre ans, quatre centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose à l'AP-HP : les trois CRCM pédiatriques de Robert Debré, Necker, et Trousseau, ainsi que le CRCM adultes de Cochin. Les CRCM transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) un rapport annuel d'activité au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année suivante.

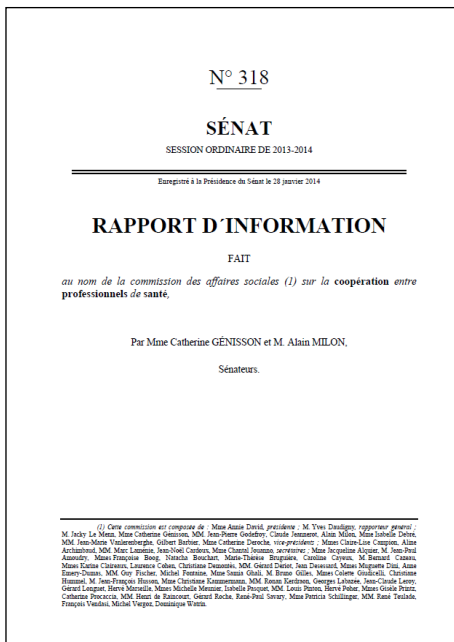
Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE) - Techniques biomédicales – « Neuro-amélioration »



[Avis n° 122 du Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé « Recours aux techniques biomédicales en vue de « neuro-amélioration » chez la personne non malade: enjeux éthiques »](#) - La loi bioéthique du 7 juillet 2011 a confié au CCNE une mission de veille éthique sur les progrès des neurosciences. Après les enjeux éthiques de l'IRM fonctionnelle, le CCNE a choisi de conduire une réflexion sur la « neuro-amélioration. » qui doit s'entendre comme le détournement, par des personnes non malades, de médicaments ou de dispositifs médicaux pour améliorer leurs performances psycho-cognitives. Le Comité précise que l'existence d'outils permettant de modifier les fonctions cognitives est ancienne mais l'explosion récente des recherches sur le cerveau, notamment le développement des interfaces avec des machines, « concourent à l'actuel changement d'échelle et de nature des technologies de neuro-amélioration ». Selon le CCNE le « *rapport bénéfice/risque à long terme du recours, chez la personne non malade, aux techniques biomédicales en vue de neuro-amélioration est totalement inconnu mais l'exemple des amphétamines suggère un risque probable d'addiction. Ce constat d'ignorance et ce risque potentiel méritent une attention particulière des institutions comme l'école et l'université et incitent à être réservés vis-à-vis du recours à ces techniques et à en déconseiller fortement l'utilisation chez l'enfant, l'adolescent et les personnes vulnérables.* »

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

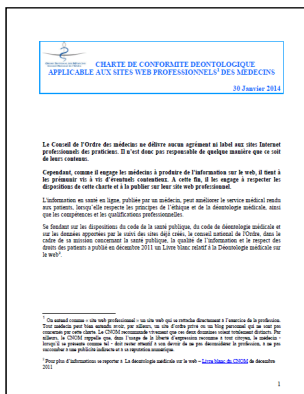
Coopération entre professionnels de santé – Article 51 loi HPST



[Rapport d'information](#) fait au nom de la Commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé – Janvier 2014 – L'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) prévoit la coopération entre les professionnels de santé. La première partie de ce rapport d'information dresse un bilan de la mise en œuvre de l'article 51 de la loi HPST ; la seconde partie permet de mesurer le dispositif au regard des attentes en matière d'évolution du système de soins. A noter les 4 axes parmi les principales propositions de ce rapport : Axe n°1 – Simplifier le cadre juridique des coopérations de l'article 51 et apporter un appui aux ARS (Elaborer un cahier des charges avec la HAS permettant de faciliter l'élaboration des protocoles – Envisager la possibilité d'autoriser la mise en œuvre d'une coopération par équipe, indépendamment des personnes qui la composent). Axe n°2 – Développer une prise en charge graduée des patients en améliorant la continuité de la hiérarchie des professionnels de santé (Valoriser les professions socles en développant les possibilités d'évolution de carrière dans le soin – Encourager la création de professions intermédiaires par élévation du niveau de compétence des professions socles et la définition de pratiques avancées). Axe n°3 – Repenser la formation des professionnels de santé (Développer la formation continue des professionnels de santé). Axe n°4 – Engager une réflexion sur le statut des professionnels de santé – Faire évoluer le mode de rémunération, notamment dans le cadre de missions de santé).

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

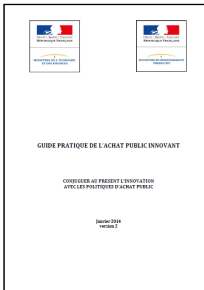
Conseil national de l'Ordre des médecins - Site internet professionnel - Charte de conformité déontologique



[Charte de conformité déontologique](#) applicable aux sites web professionnels des médecins - Conseil national de l'Ordre des médecins – 2014 – Le Conseil national de l'Ordre des médecins engage tout médecin à respecter les dispositions de cette charte, "et à les publier sur leur site web professionnel", dans le prolongement de son Livre blanc relatif à la déontologie médicale sur le web. Cette charte aborde les questions de l'adresse url du site, de la présentation du médecin, de son cabinet ou de la structure de regroupement, et de l'activité exercée. Elle précise également les modalités de configuration d'un agenda en ligne, et rappelle les obligations légales en matière de collecte et de traitement des données personnelles.

MARCHÉS PUBLICS

Commande publique - Innovation - Sourcing - Consultations – Procédure



[Guide pratique de l'achat public innovant](#) - Conjuguer au présent l'innovation avec les politiques d'achat public- Janvier 2014, version 2 - L'objet de ce guide est "d'aider les acheteurs publics à construire en interne et en collaboration entre eux, des méthodes susceptibles de repérer et de capter cette force d'innovation dans leur politique d'achat". Il identifie 15 facteurs clés de succès, à travers quatre objectifs : la création des conditions favorables à l'émergence de solutions innovantes, l'ouverture des consultations aux solutions innovantes, mettre la procédure au service de l'innovation, et l'accompagnement des efforts des opérateurs économiques innovants.

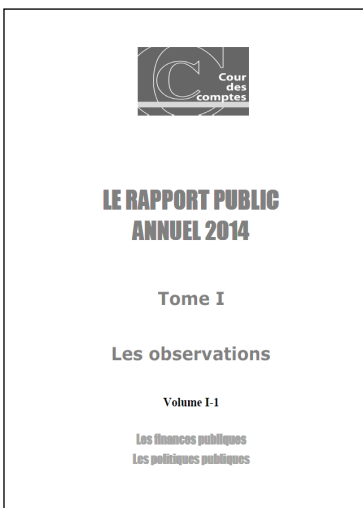
Observatoire économique de l'achat public (OEAC) - Recensement économique - Application comptable CHORUS



[Guide du recensement économique de l'achat public](#) - version du 1er janvier 2014 - Ce guide a pour vocation de constituer un "document de référence" pour satisfaire aux obligations des acheteurs publics en matière de recensement, et porte sur les modalités de transmission des fiches de recensement à l'Observatoire économique de l'achat public (OEAC).

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Cour des comptes – Rapport annuel – Année 2014



[Rapport annuel de la Cour des comptes 2014](#) – Le rapport annuel de la Cour des comptes a pour objet d'informer sur l'état et les perspectives des finances publiques ainsi que sur le bon emploi des fonds publics. Cette édition 2014 se décompose en trois parties. Le tome I fait état des observations et recommandations tirées des contrôles, enquêtes et évaluations réalisés en 2013. Il traite des finances publiques et des politiques publiques, de la gestion publique. Le tome II est consacré quant à lui « aux suites données par les responsables publics concernés, aux observations et recommandations formulées les années précédentes ; le degré de mise en œuvre constaté y est matérialisé par un jeu de trois couleurs : verte (La Cour constate des progrès), orange (La Cour insiste), et rouge (La Cour alerte). » Enfin le tome III est dédié aux données synthétiques sur l'activité de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes au cours de l'année 2013. Ce rapport annuel évoque plus particulièrement la question de la santé des personnes détenues, et les partenariats public-privé du plan Hôpital

Transparence - Vie publique – Mission de service public – Information – Conflit d'intérêts

[Décret n° 2014-90 du 31 janvier 2014](#) portant application de l'article 2 de la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique - Ce texte précise que les personnes visées par la loi n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, notamment les personnes chargées d'une mission de service public qui ont reçu délégation de signature, et celles placées sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique, doivent informer par écrit la personne dont elles tiennent délégation de signature ou leur supérieur hiérarchique de la situation de conflit d'intérêts dans laquelle elles estiment se trouver. Plus particulièrement, ces derniers doivent s'abstenir de "*donner des instructions aux personnes auxquelles elles ont donné délégation pour signer tous actes, en rapport avec l'affaire les plaçant en situation de conflit d'intérêts, pour lesquels elles ont elles-mêmes reçu délégation. Les personnes placées sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique se voient dessaisies de l'affaire si ce dernier estime nécessaire d'en confier le traitement à une autre personne placée sous leur autorité ; en ce cas, la personne dessaisie du dossier ne peut prendre part à aucune réunion ni émettre aucun avis en rapport avec l'affaire*".

Haute Autorité de Santé (HAS) - Financement - Etablissements de santé - Certification - Tarifs

[Décret n° 2014-94 du 31 janvier 2014](#) abrogeant diverses dispositions relatives aux ressources de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale - Ce décret supprime les dispositions du Code de la sécurité sociale qui fixaient les tarifs de la contribution due par les établissements de santé au titre de leur certification par la Haute Autorité de santé, qui est depuis 2008 prise en charge par l'assurance maladie.

Taux d'intérêt légal – Année 2014

[Décret n° 2014-98 du 4 février 2014](#) fixant le taux de l'intérêt légal pour l'année 2014 – Comme pour l'année 2013, le taux de l'intérêt légal est fixé à 0,04 % pour l'année 2014.

Terminologie - Néologie - Commission spécialisée

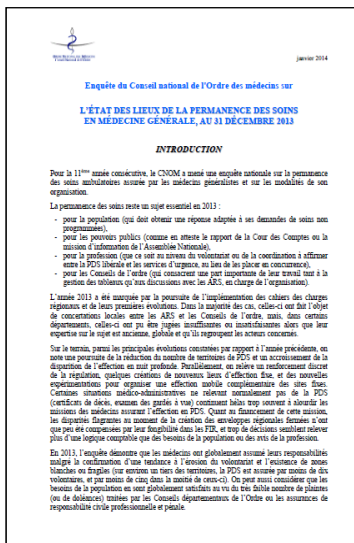
[Arrêté du 22 janvier 2014](#) instituant une commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social - Cet arrêté crée "*auprès du ministre chargé des affaires sociales et de la santé et du ministre chargé du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social une commission spécialisée de terminologie et de néologie compétente pour le domaine de la santé et le domaine social*".

Programme de recherche translationnelle - Programme hospitalier de recherche clinique - Programme de recherche médico-économique - Programme de recherche sur la performance du système de soins - Programme de recherche infirmière et paramédicale - Année 2014

[Instruction N°DGOS/PF4/2014/33 du 28 janvier 2014](#) relative au programme de recherche translationnelle, au programme hospitalier de recherche clinique, au programme de recherche médico-économique, au programme de recherche sur la performance du système de soins, au programme de recherche infirmière et paramédicale, pour l'année 2014 – Cette instruction lance la campagne 2014 des appels à projets de recherche sur les soins et l'offre de soins. Elle indique que les programmes de la DGOS s'inscrivent dans un « *continuum* », qui « *début* avec la recherche fondamentale et cognitive, dont les résultats peuvent être transposables en recherche clinique via la recherche translationnelle », et se poursuit avec la « *recherche médico-économique, qui permet l'évaluation de l'efficacité des technologies de santé* », avec « *une recherche ayant pour objectif l'amélioration de l'efficacité des offreurs de soins et de leur organisation* », ainsi qu'une « *recherche en soins réalisés par les auxiliaires médicaux* ». La priorité thématique 2014 porte sur les soins primaires.

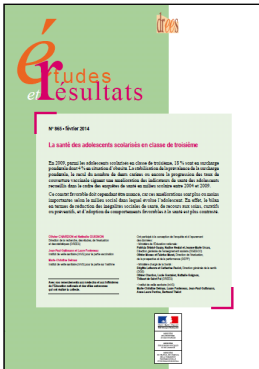
Permanence des soins - Médecine générale - Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) - Enquête

[Enquête](#) du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013 - Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) déclare que "*la permanence des soins reste un sujet essentiel en 2013*", tant pour la population que pour les pouvoirs publics, les médecins, et les Conseil de l'ordre. Cette enquête "*démontre que les médecins ont globalement assumé leurs responsabilités malgré la confirmation d'une tendance à l'érosion du volontariat et l'existence de zones blanches ou fragile*", et que "*les besoins de la population en sont globalement satisfaits au vu du très faible nombre de plaintes (ou de doléances) traitées par les Conseils départementaux de l'Ordre ou les assurances de responsabilité civile professionnelle et pénale*". Le CNOM rappelle "*à l'Etat et à ses instances régionales que si la PDS leur semble toujours être une mission essentielle, elle doit bénéficier de budgets adaptés aux objectifs affichés et arrêtés, et non basés sur une logique comptable*", et confirme la nécessité de la "*mise en place de larges campagnes d'information vers le grand public sur le bon usage de la permanence des soins*".



PATIENT HOSPITALISÉ

Population scolarisée - Etat des lieux - Surcharge pondérale - Soins bucco-dentaires - Vaccinations - Inégalités sociales



["La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième"](#), Études et résultats n° 865 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), février 2014 - Cette étude "dresse un état des lieux de la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2008-2009, décrit son évolution depuis le début des années 2000 et les disparités existantes en fonction des milieux sociaux". Elle étudie le prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, les habitudes de vie ("*appréhendées dans l'enquête par des questions posées directement à l'adolescent et ciblées sur trois thématiques : la pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe [...], le temps passé devant un écran de télévision, d'ordinateur ou de jeux vidéo [...], ainsi que les consommations alimentaires*"), les soins bucco-dentaires, les troubles de la vision et la couverture vaccinale.

Soins de conservation – Opérations funéraires



[Rapport IGAS – IGA « Pistes d'évolution de la réglementation des soins de conservation »](#) - Juillet 2013 – Les ministres chargés de l'intérieur, de la santé et du travail ont confié à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de l'administration (IGA) une mission sur l'évolution de la réglementation relative aux soins de conservation.

Les soins de conservation visent à retarder la décomposition du corps pour effacer les effets visibles de la thanatomorphoses. Il s'agit d'une activité réglementée par le code général des collectivités territoriales réservée aux seuls thanatopracteurs. La France autorise la réalisation des soins de conservation à domicile. Plusieurs rapports récents ont souligné les risques sanitaires (infectieux, chimiques) et environnementaux auxquels sont exposés les thanatopracteurs lors de la réalisation de ces soins, notamment dans des lieux non dédiés. La mission formule 21 recommandations parmi lesquelles : Réserver aux seuls lieux dédiés et équipés la pratique de la thanatopraxie – Supprimer le VIH et l'hépatite (VHB, VHC) de la liste visée par l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998 - Intégrer les soins de thanatopraxie dans la réforme en cours du certificat de décès permettant une information des thanatopracteurs qui respect le secret médical – Pour les établissements de santé associer les représentants des usagers et la commission des soins infirmiers à l'élaboration d'un règlement intérieur des chambres mortuaires, règlement qui devra faire l'objet d'une saisine de la CME – Délivrer une information éclairée tant aux familles qu'aux ayants droits.

Soins en psychiatrie - Hospitalisation complète - Unité pour malades difficiles (UMD)

[Décision n° 2013-367 QPC du 14 février 2014](#) - La question prioritaire de constitutionnalité soumise au Conseil constitutionnel concerne les dispositions de l'article L. 3222-3 du Code de la santé publique, désormais abrogé, qui portait sur la prise en charge au sein des unités pour malades difficiles (UMD). Les requérants invoquaient l'absence d'encadrement légal des conditions dans lesquelles une décision de placement en UMD pouvait être prise par l'autorité administrative. En d'autres termes, était soulevée « *l'incompétence négative du législateur, qui n'aurait pas fixé les garanties légales assurant le respect* » notamment de la liberté d'aller et de venir, du droit au respect de la vie privée, et de la liberté individuelle. Le Conseil Constitutionnel décide « *qu'à l'exception des règles que le Conseil constitutionnel a déclarées contraires à la Constitution dans sa décision du 20 avril 2012 précitée, le régime juridique de privation de liberté auquel sont soumises les personnes prises en charge dans une unité pour malades difficiles n'est pas différent de celui applicable aux autres personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète* ». Dès lors, en renvoyant à un décret le soin de fixer les modalités de prise en charge de ces patients, « *le législateur n'a privé de garanties légales ni la protection constitutionnelle de la liberté individuelle ni les libertés qui découlent des articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789 ; que les dispositions contestées n'affectent par elles-mêmes aucun autre droit ou liberté que la Constitution garantit ; que, par suite, le grief tiré de ce que le législateur aurait méconnu l'étendue de sa compétence doit être écarté* ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité médicale - Vaccination - Hépatite B - Sclérose latérale amyotrophique (SLA)

[Cour de Cassation, première chambre civile, 23 janvier 2014, n° 12-22123](#) - Madame Y. a été vaccinée contre l'hépatite B. Ayant déclaré une sclérose latérale amyotrophique et l'attribuant aux vaccinations, Mme Y. a notamment recherché la responsabilité du médecin traitant qui lui a administré le vaccin sur le fondement d'un manquement à son devoir d'information. La Cour d'appel a rejeté sa demande, considérant que le médecin n'a pas pu manquer à son devoir d'information compte tenu de l'absence de risque avéré d'apparition d'une telle pathologie après injection du vaccin contre l'hépatite B.

La Cour de cassation considère que « *le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque ce risque se réalise, un préjudice résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, que le juge ne peut laisser sans réparation* ».

Pour la haute juridiction, ce préjudice spécifique doit être apprécié « *indépendamment des cas dans lesquels le défaut d'information sur les risques inhérents à un acte d'investigation, de traitement ou de prévention a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation de l'un de ces risques, en refusant qu'il soit pratiqué* ».

La Cour ajoute que « *les experts, comme la quasi-unanimité des scientifiques, écartaient tout lien de causalité entre le vaccin contre l'hépatite B et l'apparition de la SLA (...) et que ni la notice du vaccin ni le dictionnaire médical ne mettaient en garde contre une éventualité d'apparition d'une SLA après une vaccination contre l'hépatite B. la cour d'appel en a exactement déduit que la demande de Mme Y. ne pouvait être accueillie* ».

PERSONNEL

Fonction publique hospitalière - Moniteurs-éducateurs - Statut particulier – Classement indiciaire – Echelonnement indiciaire

[Décret n° 2014-99 du 4 février 2014](#) portant statut particulier du corps des moniteurs-éducateurs de la fonction publique - Dans le cadre de la réforme statutaire de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, ce texte "*a pour objet de faire bénéficier les personnels du corps des moniteurs-éducateurs d'une revalorisation et de la modification de leur déroulement de carrière*". Il "*reprend et actualise le statut particulier du corps des moniteurs-éducateurs*".

[Décret n° 2014-103 du 4 février 2014](#) relatif au classement indiciaire applicable au corps des moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière – Ce texte abroge le décret n° 93-670 du 26 mars 1993 relatif au classement indiciaire applicable aux moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière, et fixe un bornage indiciaire identique à celui du corps correspondant de la fonction publique territoriale.

[Arrêté du 4 février 2014](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière - Ce texte arrête l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des moniteurs-éducateurs de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière - Educateurs de jeunes enfants - Conseillers en économie sociale et familiale - Educateurs techniques spécialisés - Statut particulier - Classement indiciaire - Echelonnement indiciaire

[Décret n° 2014-100 du 4 février 2014](#) portant statut particulier du corps des conseillers en économie sociale et familiale, du corps des éducateurs techniques spécialisés et du corps des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière - Dans le cadre de la réforme statutaire de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, ce décret "*a pour objet de faire bénéficier les personnels des corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs techniques spécialisés et des éducateurs de jeunes enfants d'une revalorisation et de la modification de leur déroulement de carrière. La grille indiciaire proposée, commune aux trois corps, est identique à celles des corps correspondants des deux autres fonctions publiques. Ce présent décret reprend et actualise le statut particulier des trois corps concernés. Il prévoit notamment les dispositions transitoires et finales ainsi que les modalités de reclassement pour les fonctionnaires appartenant à ces corps précités.* »

[Décret n° 2014-104 du 4 février 2014](#) relatif au classement indiciaire applicable aux corps des conseillers en économie sociale et familiale, des éducateurs techniques spécialisés et des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière - Ce texte abroge le décret n° 93-663 du 26 mars 1993 relatif au classement indiciaire applicable aux conseillers en économie sociale et familiale de la fonction publique hospitalière, le décret n° 2007-1192 du 3 août 2007 relatif au classement indiciaire applicable aux éducateurs techniques spécialisés de la fonction publique hospitalière ainsi que le décret n° 2007-1193 du 3 août 2007 relatif au classement indiciaire applicable aux éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière.

[Arrêté du 4 février 2014](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des conseillers en économie sociale et familiale, du corps des éducateurs techniques spécialisés et du corps des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière - Ce texte arrête l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des conseillers en économie sociale et familiale, du corps des éducateurs techniques spécialisés et du corps des éducateurs de jeunes enfants de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière - Assistant socio-éducatif - Statut particulier - Classement indiciaire - Echelonnement indiciaire

[Décret n° 2014-101 du 4 février 2014](#) portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – « *Dans le cadre de la réforme statutaire de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, le présent décret a pour objet de faire bénéficier les personnels du corps des assistants socio-éducatifs d'une revalorisation et de la modification de leur déroulement de carrière. La grille indiciaire proposée est identique à celles des corps correspondants des deux autres fonctions publiques. Ce présent décret reprend et actualise le statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs. Il prévoit notamment les dispositions transitoires et finales ainsi que les modalités de reclassement pour les fonctionnaires appartenant au corps précité.* »

[Décret n° 2014-105 du 4 février 2014](#) relatif au classement indiciaire applicable au corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière – Ce texte abroge le décret n° 93-662 du 26 mars 1993 relatif au classement indiciaire applicable aux assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

[Arrêté du 4 février 2014](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière - Ce texte arrête l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière – animateur - Statut particulier - Classement indiciaire - Echelonnement indiciaire

[Décret n° 2014-102 du 4 février 2014](#) portant statut particulier du corps des animateurs de la fonction publique hospitalière – « *Dans le cadre de la réforme statutaire de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, le présent décret a pour objet de faire bénéficier les personnels du corps des moniteurs-éducateurs d'une revalorisation et de la restructuration de leur déroulement de carrière. La grille indiciaire proposée est identique à celle du corps correspondant de la fonction publique territoriale.*

Ce présent décret reprend et actualise le statut particulier du corps des animateurs. Ce corps est notamment régi par les dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière. A cet effet, le décret prévoyant ces dispositions communes est modifié afin d'y inclure le corps des animateurs. »

[Décret n° 2014-106 du 4 février 2014](#) relatif au classement indiciaire applicable au corps des animateurs de la fonction publique hospitalière - Ce texte abroge le décret n° 93-654 du 26 mars 1993 portant statut particulier des animateurs de la fonction publique hospitalière.

[Arrêté du 4 février 2014](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des animateurs de la fonction publique hospitalière - Ce texte arrête l'échelonnement indiciaire applicable aux membres du corps des animateurs de la fonction publique hospitalière, et abroge l'arrêté du 26 mars 1993 portant sur le même sujet.

Commission scientifique indépendante - Rapports - Rémunération

[Arrêté du 31 janvier 2014](#) fixant le montant de la rémunération des rapports réalisés par les membres de la commission scientifique indépendante des médecins, des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales - Ce texte fixe la rémunération des membres de la commission scientifique indépendante des médecins, des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et de la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales, à 45 euros par rapport réalisé. Cette indemnité forfaitaire versée en rémunération des rapports relatifs à l'évaluation scientifique d'un même organisme de développement professionnel continu est limitée à deux pour un examen par une seule commission scientifique et ne peut dépasser six au total dans le cadre d'un examen par plusieurs commissions scientifiques.

Professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) – Vacance d'emploi – Mutation – Modalités de candidature

[Arrêté du 31 janvier 2014](#) portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2014 et fixant les modalités de candidature.

Maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) – Vacance d'emploi – Mutation – Modalités de candidature

[Arrêté du 31 janvier 2014](#) portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2014 et fixant les modalités de candidature.

Immunisation - Vaccinations professionnelles obligatoires – Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite – Fièvre typhoïde - Hépatite B – Elèves et étudiants des professions médicales, pharmaceutiques et paramédicales

[Instruction n°DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014](#) relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique – Cette instruction a pour objet d'explicitier les modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013. L'arrêté du 2 août 2013 prévoit que les personnes exerçant leur activité dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins mentionnés dans l'arrêté du 15 mars 1991 sont exposées à un risque de contamination lorsqu'elles exercent une activité susceptible de présenter une exposition à des agents biologiques à l'occasion du contact avec des patients, avec le corps de personnes décédées, ou avec des produits biologiques soit directement, y compris par projection, soit indirectement, notamment lors de la manipulation et du transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge ou de déchets d'activité de soins à risque infectieux. Ces personnes sont soumises aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique et doivent apporter la preuve de leur immunisation au moment de leur entrée en fonction. A défaut, elles ne peuvent exercer dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins une activité les exposant à un risque de contamination. Le médecin du travail apprécie individuellement l'exposition au risque de contamination de ces personnes en fonction des caractéristiques du poste occupé, et prescrit les vaccinations nécessaires.

Indemnité de licenciement – Calcul - Fonction publique – Insuffisance professionnelle

[Conseil d'Etat, 29 janv. 2014, n° 356196](#) - Monsieur X., infirmier titulaire recruté à compter du 1er avril 2005 par un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), a été licencié pour insuffisance professionnelle par une décision du 29 janvier 2008 du directeur de cet établissement. Par un jugement du 17 mars 2011, le tribunal administratif de Limoges a condamné l'établissement à lui verser une somme de 3 387,66 euros à titre d'indemnité de licenciement. Par un arrêt du 29 novembre 2011, la cour administrative d'appel de Bordeaux a porté le montant de l'indemnité allouée à M. X. à 25 407,45 euros. L'EHPAD a donc formé un pourvoi en cassation.

Le Conseil d'Etat rappelle que selon l'article 88 de la loi du 9 janvier 1986, « *le fonctionnaire licencié pour insuffisance professionnelle peut recevoir une indemnité dans les conditions qui sont fixées par décret* ». À défaut de publication de ce décret fixant l'indemnité de licenciement pour insuffisance professionnelle des fonctionnaires hospitaliers, le Conseil d'État décide d'appliquer un arrêté antérieur à la loi de 1986 mais compatible avec celle-ci. Le pourvoi formé par l'EHPAD est rejeté et l'établissement doit prendre intégralement à sa charge l'indemnité due à Monsieur X., « *sans distinguer entre la part liée aux années de service effectuées par celui-ci au sein de cet établissement et celle qui est liée aux services effectués antérieurement au sein d'autres établissements* ».

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Toxicovigilance - Modalités de déclaration des mélanges - Modalités de déclaration des cas d'intoxication

[Décret n° 2014-128 du 14 février 2014](#) relatif à la toxicovigilance - Ce décret précise les modalités de déclaration des cas d'intoxication par les professionnels de santé et par les responsables de la mise sur le marché de substances ou mélanges et organise le système de toxicovigilance en précisant les missions dévolues à l'Institut de veille sanitaire et aux autres organismes ou établissements concernés et intervenant dans ce système.

Pharmacologie, Spécialités à base de fer injectable - Réserve hospitalière

[Instruction n°DGOS/PF2/R3/DGS/PP2/2014/32 du 24 janvier 2014](#) relative aux modalités d'utilisation des spécialités à base de fer injectable – Suite à des signaux de pharmacovigilance, en particulier la survenue de chocs anaphylactiques, de nature imprévisible, le 13 septembre 2013 la Commission européenne a adopté une décision enjoignant les Etats membres à modifier les autorisations de mise sur le marché (AMM) nationales des spécialités à base de fer injectable (IV) afin de renforcer les précautions d'emploi relatives au risque allergique. Le Comité des médicaments à usage humain (CHMP) de l'EMA (Agence européenne du médicament), préconise désormais que les spécialités à base de fer pour la voie injectable soient administrées aux patients sous une surveillance médicale attentive pendant et jusqu'à 30 min après chaque administration, avec la disponibilité immédiate d'un personnel formé pour évaluer et prendre en charge les réactions anaphylactiques, et dans un environnement disposant des moyens nécessaires pour assurer une réanimation.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Incapacité de recevoir des médecins – Succession – Libéralités

[Cour de cassation, première chambre civile, 15 janvier 2014, n° 12-22950](#) - Monsieur X. a effectué des legs testamentaires et libéralités au bénéfice de son neveu, mais aussi d'un médecin, de la femme et des enfants de ce médecin. Son neveu soutient que c'est à tort que la Cour d'appel a conclu à la validité des legs et libéralités au bénéfice de ce médecin, estimant qu'il n'était pas le médecin traitant de Monsieur X. pendant la maladie dont il est décédé.

La Cour de cassation rejette le pourvoi, considérant *«que les juges du fond apprécient souverainement la qualité de médecin traitant et les éléments constitutifs d'un traitement médical au sens de l'article 909 du code civil dans sa rédaction antérieure à celle issue de la loi du 5 mars 2007 (...). Les juges ont estimé que l'assistance apportée par le médecin au défunt, en raison tant des liens affectifs anciens et profonds qui l'unissaient au malade que de sa compétence professionnelle, n'avait pas constitué un traitement médical et qu'il n'était pas établi que l'intéressé avait prodigué à Monsieur X... des soins réguliers et durables pendant la maladie dont il était décédé ; qu'elle en a exactement déduit que le médecin pouvait profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires dont celui-ci l'avait gratifié.»*

FRAIS DE SÉJOUR

Assurance maladie - Prise en charge - Actes – Prestations

[Décision du 17 décembre 2013](#) de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

