

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 23 mai au 15 juin 2015

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/>

[Pôle de la Réglementation Hospitalière
et de la Veille Juridique](#)

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina GARCIA

Gaëlle HOMBERG

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN - MARIS

Audrey VOLPE

Organisation des soins	page 2
Frais de séjour	page 5
Domaine public et privé	page 5
Organisation hospitalière	page 6
Personnel	page 7
Responsabilité médicale	page 10
Patient hospitalisé	page 11
Coopération à l'hôpital et associations	page 11
Réglementation sanitaire	page 12
Commande publique	page 13
Publications	page 14

Signature – Assistance publique – hôpitaux de Paris – Généralités

[Fiche pratique DAJ « La signature à l'hôpital : généralités »](#) - Cette fiche pratique est la première d'une série rédigée par les juristes de la direction des Affaires juridiques de l'AP-HP et porte sur la définition, les finalités ou encore la forme de la signature dans un établissement public de santé.

Cette fiche détaille le fonctionnement de la signature électronique, pose les différences entre la délégation de signature et de la délégation compétence et explicite la déclinaison de la délégation de signature tant au niveau central qu'au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

ORGANISATION DES SOINS

Centres de santé – Suspension d'activité - Procédure

[Décret n° 2015-583 du 28 mai 2015](#) relatif à la procédure de suspension d'activité des centres de santé - Le présent décret précise les mesures qui peuvent être prises par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé à l'encontre des centres de santé, lorsqu'il constate au sein de ces centres l'existence de manquements mettant en péril la qualité ou la sécurité des soins. Ces mesures, graduées en fonction de la gravité du risque et des mesures prises par le responsable du centre de santé pour mettre fin aux manquements constatés, incluent la suspension totale ou partielle de l'activité du centre.

Aide médicale urgente - Secours à personne - Organisation – Référentiel

[Circulaire interministérielle n°DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 15 juin 2015](#) relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en oeuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente - Ce texte fait suite "*au rapport IGAS-IGA d'évaluation de l'application du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente*", et constitue une "*feuille de route*" qui fera l'objet "*progressivement de la parution des textes normatifs appropriés*". Il comporte quatre axes d'amélioration : la clarification des missions et de la coopération des acteurs, le renforcement des outils permettant la complémentarité des moyens humains et matériels, la dynamisation des instances de gouvernance, et la mise en oeuvre des actions de pédagogie et de communication auprès des usagers.

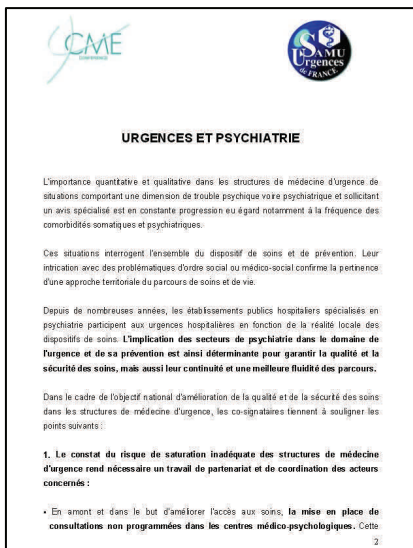
Référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente - Motifs de départ réflexe des moyens des services d'incendie et de secours (SIS) - Protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) - Infirmier sapeur-pompier

[Arrêté du 5 juin 2015](#) portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 - Cet arrêté modifie en premier lieu l'annexe I du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008 au sujet des motifs de départ réflexe des moyens des services d'incendie et de secours, dans des situations cliniques particulières, des circonstances particulières et un environnement et lieu de survenue de la détresse. Il est précisé que la liste fixée "*n'est pas exhaustive et peut localement faire l'objet d'ajouts consensuels notamment en ce qui concerne les lieux publics et les établissements recevant du public. Cette liste n'est pas exclusive des motifs de départ des moyens des SIS dans le cadre de leurs missions propres*". En second lieu, ce texte modifie l'annexe VI du même référentiel en édictant une "*liste des situations cliniques pouvant faire l'objet de l'initiation d'un protocole infirmier de soins d'urgence (PISU) par un infirmier sapeur-pompier, jusqu'à l'intervention d'un médecin*".

Etablissements recevant du public – Accessibilité – Personnes handicapées

[Circulaire du 21 mai 2015](#) relative à la mise en œuvre de l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées - L'ordonnance du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité permet aux gestionnaires d'établissements recevant du public qui ne seraient pas accessibles de poursuivre après le 1er janvier 2015 les travaux en toute légalité dans un délai contraint. Cette circulaire précise qu' « *il importe de veiller à faire connaître le dispositif, à accompagner son déploiement, à en assurer la gestion, en priorisant le traitement des dossiers comportant des demandes de périodes supplémentaires et le suivi de la mise en œuvre* ».

Soins en psychiatrie - Urgences – Charte



[Charte "urgences et psychiatrie"](#) conclue entre Samu-Urgences de France et la conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) - Cette charte fixe en préambule que " *depuis de nombreuses années, les établissements publics hospitaliers spécialisés en psychiatrie participent aux urgences hospitalières en fonction de la réalité locale des dispositifs de soins. L'implication des secteurs de psychiatrie dans le domaine de l'urgence et de sa prévention est ainsi déterminante pour garantir la qualité et la sécurité des soins, mais aussi leur continuité et une meilleure fluidité des parcours*". Neuf points sont mis en avant : le renforcement du " *travail de partenariat et de coordination des acteurs*" en amont et en aval, la formalisation de l'intervention à domicile, la période d'observation clinique en structure de médecine d'urgence, la participation à la régulation médicale d'une compétence de psychiatrie, ou encore la participation des établissements spécialisés aux expérimentations de gestion des lits ainsi qu'aux dispositifs dit « d'hôpital en tension ».

Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) - Etat des lieux national - Fin de vie en début de vie - Soins palliatifs pédiatriques

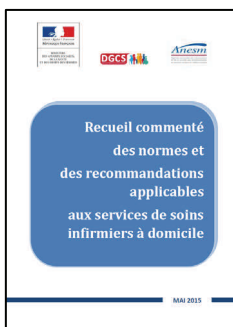
[Enquêtes pour un état des lieux national de la fin de vie en début de vie](#) menées par l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) - " *L'Observatoire National de la Fin de Vie lance ses travaux afin de quantifier mais aussi qualifier les situations de fin de vie, les pratiques et l'accompagnement de fin de vie de la période de périnatalité à la prise en charge d'enfants et d'adolescents (0-18 ans). L'ensemble des lieux de prises en charge seront investigués : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, domicile. Les premières enquêtes ont été lancées le 1er juin* » et portent sur la « *Culture palliative dans les services de maternité : focus sur la salle de naissance* », l'« *accompagnement de fin de vie des enfants et adolescents polyhandicapés en établissements et services médico-sociaux (IEM, IME, EEAP, SESSAD, SSAD)* », le « *parcours des enfants et adolescents en fin de vie en services spécialisés d'établissements de santé (neurologie, oncologie/hématologie et réanimation pédiatrique)* », les « *équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP) et accompagnement de fin de vie* », les « *équipes mobiles de soins palliatifs et pédiatrie* », les « *réseaux de santé en soins palliatifs et pédiatrie* » et les « *unités de soins palliatifs et pédiatrie* ».

Handicap - Accès aux soins - Hébergement en institution - Accès à l'information



Etude n° 207 de l'IRDES : "L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France" - Cette étude *"présente le deuxième volet des résultats obtenus dans le cadre d'un projet de recherche visant à explorer l'accès aux soins courants (soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et actes de dépistage et de prévention (frottis, mammographie, dépistage du cancer du côlon et vaccination contre l'hépatite B) des personnes en situation de handicap à domicile ou en institution"*. Elle précise qu'*"afin de déterminer l'impact de l'institutionnalisation sur l'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap, le recours aux soins des personnes hébergées en institution est comparé à celui de personnes qui se trouvent dans une situation de handicap comparable mais qui continuent de vivre en ménage"*. Elle conclut : *"plusieurs hypothèses organisationnelles sont susceptibles d'expliquer une probabilité de recours aux soins et à la prévention supérieure pour les personnes handicapées résidant en institution : accès à l'information relative aux professionnels et structures de soins externes (hôpitaux, médecine de ville...) capables de prendre en charge les personnes handicapées (exemple : présence d'un médecin coordinateur dans certaines institutions médicalisées, réseaux de soins...). Les établissements disposent par ailleurs de locaux pouvant potentiellement accueillir des professionnels de ville ou peuvent organiser la logistique permettant le transport des personnes handicapées vers les cabinets des professionnels de ville. Enfin, la prise en charge peut être facilitée par la présence d'un professionnel de l'institution jouant le rôle d'intermédiaire entre le médecin et le patient handicapé. Ainsi, il est vraisemblable qu'un meilleur accès aux soins des personnes handicapées en ménage passe par une meilleure information sur les professionnels de santé et les structures à même de les accueillir : carte des capacités de soins adaptés et d'accompagnement des personnes handicapées au niveau local (Jacob, 2013). Cette information peut être relayée par les acteurs de santé du territoire (institutions, Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), réseaux de santé...) susceptibles de faire naître des actions communes sur la thématique de l'accès aux soins des personnes handicapées, qu'elles résident en institution ou non. Cette amélioration de la diffusion de l'information relative à l'offre devra nécessairement s'accompagner d'une réflexion – impliquant des aspects organisationnels – sur la façon dont les établissements peuvent répondre à cette demande d'accès aux soins émanant des ménages (mobilisation des professionnels de santé impliqués dans les établissements, logistique...)"*.

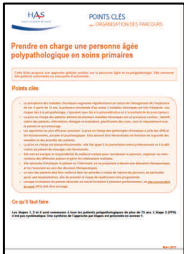
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - Cadre juridique - Admission - Projet personnalisé - Soins - Parcours de soins - Prévention des risques professionnels



Recueil commenté des normes et des recommandations applicables aux services de soins infirmiers à domicile - Ce recueil *"rassemble dans un seul document les règles applicables à ces services et les explicite. Il permet, en outre, grâce à la participation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) à l'élaboration de cet ouvrage, de faire le lien avec les recommandations de bonne pratique émises par l'agence"*. Il rappelle d'abord le cadre législatif et réglementaire, les missions et spécificités des SSIAD et les soins pris en charge par l'Assurance maladie. Ensuite, il évoque le thème de la prise en charge de la personne (traitement de la demande d'admission, construction du projet personnalisé et prestation de soins), des personnels intervenants au

sein des SSIAD, de la coordination avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux, puis de la prévention des risques professionnels. En annexe, ce recueil présente notamment un exemple de formulaire de désignation d'une personne de confiance ainsi qu'un exemple de convention de collaboration entre le SSIAD et l'établissement d'hospitalisation à domicile (HAD).

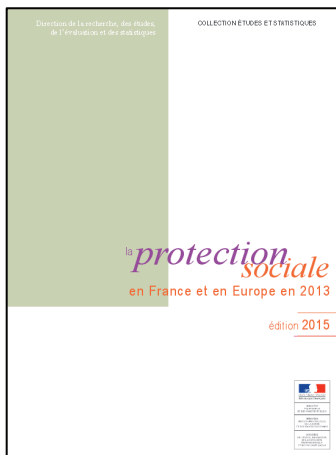
Organisation des soins - Soins primaires - Patient âgé polypathologique - Haute Autorité de Santé (HAS) - Fiche pratique



Fiche de la Haute Autorité de Santé : "Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires" - Cette fiche concerne les personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins trois maladies chroniques, hors des cas de patients atteints de maladie sévère en phase terminale. La polypathologie "complique la pratique des professionnels de santé et retentit sur l'organisation des soins en raison d'une incertitude diagnostique [...] d'une polymédication (en moyenne 8 à 10 médicaments) [...], des risques liés aux prescripteurs multiples [et] d'une augmentation du recours aux soins et des coûts liés à la consommation".

FRAIS DE SÉJOUR

Protection sociale - Europe - Europe - Couverture des risques – Acteurs



Étude de la DREES : "La protection sociale en France et en Europe en 2013 - Édition 2015" - Cette étude débute en présentant une vue d'ensemble des comptes de la protection sociale en 2013, « ainsi que les principales évolutions des dépenses et des recettes de la protection sociale en France et en Europe ». Elle présente par la suite quatre fiches thématiques qui « retracent les principales caractéristiques du système français de protection sociale, aussi bien en termes de ressources que de prestations. Elles dressent par ailleurs un rapide panorama du contexte économique français ». Ces fiches sont suivies de fiches relatives à l'Europe : contexte général, couverture des risques et quelques fiches pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède et Italie). Enfin, cette étude apporte des éclairages sur la France et sur l'Europe, relatifs notamment à la perception de la protection sociale, à l'analyse du financement des risques sociaux, et aux propriétés redistributives des transferts de protection sociale en Europe.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Urbanisme – Logement – Loi « ALUR » - Contrats type

Décret n° 2015-587 du 29 mai 2015 relatif aux contrats types de location de logement à usage de résidence principale - Ce texte définit les contrats types qui s'appliqueront aux contrats de location non meublée, de location meublée et de colocation à bail unique dans le cadre de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Il entre en vigueur le 1er août 2015.

Urbanisme – Logement – Loi « ALUR » - Contrats type - Notice d'information

Arrêté du 29 mai 2015 relatif au contenu de la notice d'information annexée aux contrats de location de logement à usage de résidence principale - La notice de ce texte rappelle que "la loi du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs prévoit qu'une notice d'information relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs ainsi qu'aux voies de conciliation et de recours qui leur sont ouvertes pour régler leurs litiges est jointe aux contrats de location. Le présent arrêté a pour objet de préciser le contenu de la notice jointe. Celle-ci est annexée aux contrats de location de logement du parc privé qui constitue la résidence principale des locataires. Les parties sont libres de choisir le support et le format de la notice d'information". Ladite notice est annexée à cet arrêté, qui entre en vigueur le 1er août 2015.

Développement durable - Energies renouvelables - Politiques publiques - Transition énergétique

[Note technique du 21 mai 2015](#) relative aux actualités et orientations pour l'année 2015 en matière d'énergies renouvelables – Cette note présente les actualités des politiques publiques en matière d'énergies renouvelables pour l'année 2015 et information sur les actions que devront mener les services déconcentrés de l'Etat. Sont évoqués : le développement des énergies renouvelables électriques et thermiques, l'efficacité thermique et la valorisation de la chaleur fatale, l'élaboration de textes d'application de la loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte en matière de contrôles des énergies renouvelables électriques, et l'application des exigences réglementaires relatives aux plans d'approvisionnement des installations biomasse.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Tarification à l'activité (T2A) – Contrôle – Agence Régionale de Santé (ARS)

[Instruction n° DGOS/R1/DSS/MCGR/2015/173 du 19 mai 2015](#) relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2015 – Cette instruction a pour objet de présenter les activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2015.

Article L. 1434-3-1 du Code de la santé publique – Question prioritaire de constitutionnalité – Agence régionale de santé (ARS) – Plan régional de santé

[Conseil d'Etat, 29 avril 2015, n° 387773](#) - La clinique requérante soulève une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) suite au refus d'autorisation de la directrice générale de l'ARS Midi-Pyrénées s'agissant de l'exercice d'activités interventionnelles sous imagerie médicale. Cette QPC porte sur l'article L. 1434-3-1 du Code de la santé publique qui dispose que « *l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du projet régional de santé et de ses composantes prévues à l'article L. 1434-2 ne peut être invoquée par voie d'exception après l'expiration d'un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné* ». Cette disposition méconnaîtrait le droit à un recours effectif devant une juridiction prévu à l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Cependant, le Conseil d'Etat indique qu'en instaurant cette restriction, « *le législateur a entendu, eu égard à la complexité de la procédure d'adoption des documents en cause et aux multiples contestations auxquelles pourraient donner lieu les nombreuses consultations qu'elle comporte, limiter le risque d'insécurité juridique, particulièrement préjudiciable pour des décisions qui ont des incidences financières de long terme, tant pour les opérateurs privés que pour les collectivités et l'assurance maladie et dont les enjeux sont importants pour la santé publique* ». Ainsi, « *ces dispositions ne portent pas une atteinte substantielle au droit des intéressés d'exercer des recours* ». La QPC n'a donc pas lieu d'être portée devant le Conseil Constitutionnel.

Tarif des prestations d'hospitalisation – Article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale – Arrêté du 25 février 2014

[Conseil d'Etat, 27 avril 2015, n° 377955](#) - La Fédération de l'hospitalisation privée demande au Conseil d'Etat l'annulation de l'arrêté fixant le tarif des prestations d'hospitalisation en ce qu'il prévoyait notamment des tarifs plus élevés pour les établissements publics de santé. En effet, la Fédération soulevait qu'il s'agirait d'une aide d'Etat. Le Conseil d'Etat rejette cette argumentation : le différentiel résulte de la prise en compte des charges de service public afférant aux établissements publics de santé afin de leur permettre de retirer de leur activité un bénéfice raisonnable.

Institution de santé publique - Agence Nationale de Santé publique - Rapport de préfiguration



Rapport de préfiguration de l'Agence Nationale de Santé publique - Une mission de préfiguration a été constituée « *en vue de la création d'une agence de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, reprenant les missions, personnels et obligations de trois agences sanitaires : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus)* ». Ce rapport « *s'est appuyé sur l'expérience accumulée au fil des années par le personnel des trois organismes concernés par la fusion : l'InVS, l'Inpes et l'Éprus. Ont été prises en compte les multiples préconisations, très riches, qui ont été faites par tous ceux qui ont contribué à la réflexion sur la construction de la nouvelle agence. [...] Il ouvre de nombreux chantiers qu'il convient maintenant d'achever afin que, dès 2016, la future Agence nationale de santé publique voie le jour. Les groupes de travail et les rapports thématiques ont proposé respectivement chantiers et préconisations, dont une grande partie sont repris dans ce rapport* ».

Cour des comptes – Budget de l'Etat – Rapport annuel

Rapport de la Cour des comptes : « Le budget de l'Etat en 2014 » – La Cour des comptes a rendu public le 27 mai 2015 son rapport relatif au budget de l'Etat en 2014. Ce rapport s'appuie notamment sur cinquante-neuf analyses par mission et par programme de l'exécution des dépenses ainsi que sur trois analyses de l'exécution des recettes fiscales et non fiscales et des dépenses fiscales. L'exécution du budget de l'Etat en 2014 se définit par une aggravation du solde budgétaire par rapport à 2013, du fait d'une baisse des recettes nettes et d'une hausse des dépenses nettes du budget général. Il apparaît que la dette de l'Etat continue à progresser à un rythme soutenu.



PERSONNEL

Fonction publique – Congé – Aménagement et réduction temps de travail – Enfant gravement malade – Don

Décret n° 2015-580 du 28 mai 2015 permettant à un agent public civil le don de jours de repos à un autre agent public parent d'un enfant gravement malade - Ce décret détermine les conditions d'application aux agents publics civils de l'article 1er de la loi n° 2014-459 du 9 mai 2014 permettant le don de jours de repos à un parent d'un enfant gravement malade.

Formation professionnelle – Emploi – Démocratie sociale – Employeur – Déclaration fiscale

Décret n° 2015-600 du 2 juin 2015 portant suppression des dispositions réglementaires relatives à la déclaration fiscale des employeurs en matière de formation professionnelle - Ce texte supprime la déclaration relative à la participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue.

Etablissement public de santé - Praticien - Concours national

[Arrêté du 19 mai 2015](#) modifiant l'arrêté du 21 avril 2015 portant ouverture du concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2015).

Fonction publique hospitalière – Statut – Coordonnateur en maïeutique

[Arrêté du 27 mai 2015](#) fixant la liste des emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Fonction publique hospitalière - Personnel – Corps- Avancement de grade – Aide-soignant – Agent des services hospitaliers

[Arrêté du 29 mai 2015](#) modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière - Ce texte détermine les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière et concernant plus particulièrement les psychologues et dans la filière des soins, le corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers.

Troisième cycle des études de médecine – Internat - Diplômes d'études spécialisées - Stages en ambulatoire

[Instruction interministérielle n° DGOS-DGESIP/2015/165 du 6 mai 2015](#) relative au développement des stages en ambulatoire dans le cadre des semestres libres prévus par les maquettes de formation de certains diplômes d'études spécialisées de médecine – Cette instruction a pour objet de faire un rappel de la réglementation sur la procédure et la composition du dossier de demande d'agrément, les éléments sur la base desquels la commission de subdivision réunie en vue de l'agrément formule son avis et les honoraires pédagogiques des praticiens agréés maîtres de stage des universités.

Personnels - Indemnités journalières - Assurance maladie

[Circulaire interministérielle n° DSS/SD2/2015/179 du 26 mai 2015](#) relative aux modalités d'attribution des indemnités journalières dues au titre de la maladie - Cette circulaire "*a pour objet de synthétiser en un document unique les principaux aspects des législations et réglementations relatives aux indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie*". Elle présente successivement les conditions d'ouverture du droit, le maintien du droit, le délai de carence, le montant de l'indemnité journalière, la revalorisation de l'indemnité journalière maladie en cas d'interruption de travail se prolongeant au-delà de trois mois, la durée de versement des indemnités journalières maladie et le paiement des indemnités journalières maladie.

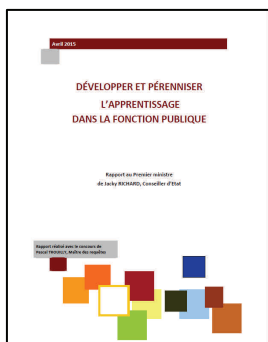
Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) – Suspension – Irrégularité de la procédure – Article R. 4124-3 du Code de la santé publique

[Conseil d'Etat, 17 avril 2015, n° 374232](#) - Le Conseil d'Etat indique que la décision de suspension d'exercice de la médecine contestée est intervenue « *après examen de l'intéressé par trois médecins experts désignés conformément aux dispositions de l'article R. 4124-3 du Code de la santé publique* ». En outre, « *la circonstance que ces médecins avaient déjà examiné le requérant lors d'une précédente procédure ayant conduit à sa suspension n'a pas, par elle-même, entaché la procédure d'irrégularité* ». Ainsi, la demande d'annulation de la décision du CNOM est rejetée.

Personnel – Pension de retraite – Agent non titulaire

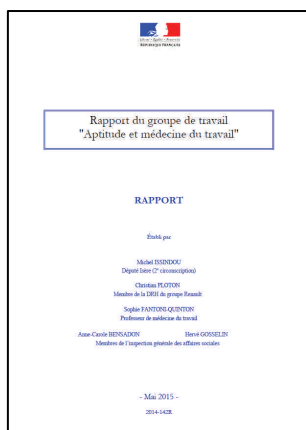
[Conseil d'Etat, 22 mai 2015, n° 373060](#) – Par cette décision, le Conseil d'Etat apporte des précisions quant aux conditions de contestation par un fonctionnaire territorial ou hospitalier du décompte de l'état de ses services validables qu'établit à sa demande, après sa titularisation, la caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) en vue de la prise en compte pour sa pension des périodes effectuées en tant qu'agent non titulaire.

Fonction publique – Apprentissage



« [Développer et pérenniser l'apprentissage dans la fonction publique](#) », Rapport au Premier ministre de Jacky RICHARD avec le concours de Pascal TROUILLY, mai 2015 – Ce rapport fait suite à la « *grande conférence sociale* » des 7 et 8 juillet 2014 et des assises pour la mobilisation en faveur de l'apprentissage du 19 septembre 2014 présidées par le Président de la République qui a défini un objectif de 500 000 jeunes en apprentissage en 2017. Ainsi, le conseiller d'Etat Jacky Richard a été chargé par le Premier ministre d'une mission relative au lancement et à la coordination d'un plan de développement de l'apprentissage dans l'ensemble de la fonction publique ainsi que de l'élaboration de propositions afin de permettre aux personnes ayant bénéficié de contrats d'apprentissage d'intégrer la fonction publique si elles le souhaitent.

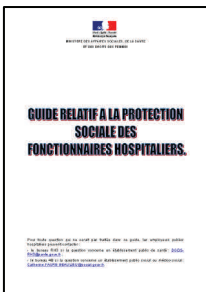
Santé au travail – Examen systématique d'aptitude – Recommandations



[Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail », n°2014-142R](#) – Le rapport du groupe de travail « *Aptitude et médecine du travail* » recommande notamment l'abandon de l'examen systématique de l'aptitude du salarié à l'emploi, tout en instaurant un espace de cinq ans entre chaque visite médicale périodique au lieu de deux ans actuellement. Ce rapport comporte ainsi vingt-sept propositions en matière de santé au travail. Le groupe de travail relève notamment la lourdeur du système de surveillance de l'état de santé des salariés « *avec un nombre considérable de visites réglementaires à réaliser, sans justification médicale clairement énoncée* », ayant « *abouti à un système de surveillance inéquitable et non lié aux besoins de santé des salariés* ». « *L'écart substantiel s'est ainsi creusé entre les obligations réglementaires de visite médicale et la pratique des services, au risque d'accroître l'insécurité juridique des entreprises et l'hétérogénéité des prestations fournies aux entreprises et aux salariés* ».

Le rapport souligne ainsi la nécessité d'accroître la prévention, « *de donner davantage de souplesse* » dans l'organisation de la surveillance de l'état de santé des salariés. La mission estime également « *nécessaire d'abandonner la vérification systématique par le médecin du travail de l'aptitude du salarié* », et d'en réserver le recours aux postes dits « de sécurité », définis comme comportant « *une activité susceptible de mettre gravement et de façon immédiate en danger, du fait de l'opérateur, la santé d'autres travailleurs ou de tiers* ». La mission préconise d'instaurer d'ici fin 2015 « *une visite obligatoire d'information et de prévention pour tous les salariés en contrat depuis trois mois ou plus, réalisée par l'infirmier de santé au travail sous l'autorité fonctionnelle du médecin du travail* », en remplacement de la visite d'embauche actuelle.

Fonctionnaire hospitalier - Protection sociale - Guide - Mise à jour



Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers - Le guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladies et accident de service "présente sous forme de fiches les dispositions s'appliquant aux fonctionnaires hospitaliers concernant les différents types de congés de maladies". La version 2014 de ce guide en remplacement du guide figurant en annexe de l'instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 est actualisée au 1er juin 2015 "pour prendre en compte certaines évolutions réglementaires, notamment l'obligation d'envoi des arrêts de travail dans un délai de 48h".

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité de l'hôpital - Obstination déraisonnable – Réanimation néonatale

Cour administrative d'appel de Marseille, 12 mars 2015, n° 10MA03054 - La réanimation de l'enfant des requérants, né en état de mort apparente, a laissé de lourdes séquelles dont les parents demandent réparation au centre hospitalier. La Cour administrative d'appel de Marseille rappelle « *qu'il appartient au juge, dans le cadre d'un contentieux indemnitaire, de vérifier si la prise en charge de l'enfant a été conforme aux règles de l'art, notamment déontologiques, communément admises à la date des faits* ». La Cour se réfère alors à la littérature médicale en vigueur à cette période indiquant « *qu'il est raisonnable d'envisager, dans la situation d'une naissance en état de mort apparente, d'arrêter au bout de 15 à 20 minutes les manœuvres de réanimation immédiatement mises en œuvres et bien conduites qui n'ont pas permis de récupération cardiaque stable* ». De plus, les chances de survie et les possibles séquelles dont risque de souffrir l'enfant doivent être prises en compte. La Cour estime ici que « *les médecins ne pouvaient pas, à la naissance, évaluer la prévisibilité des séquelles de l'enfant et adapter en conséquence la durée de la réanimation* ». La réanimation a duré moins de vingt minutes ce qui conduit la Cour à conclure à l'absence d'obstination déraisonnable.

PATIENT HOSPITALISÉ

Patient hospitalisé – Sortie d'hospitalisation – Check-list

ORGANISATION DES PARCOURS				
CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES				
Date: / /				
Nom: _____				
Prénom: _____				
Responsable de la fiche list: _____				
Bespoins et évaluation de la complexité		Oui	Non	N/A
1. Le message d'urgence de réhospitalisation est réalisé.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une évaluation sociale est réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations du patient		Oui	Non	N/A
3. Le patient a été contacté au sujet de sa sortie.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les coordonnées de sortie ont été renseignées et relayées au patient.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient a reçu une information ou une éducation afin de le préparer à sa sortie, sa santé et les documents à personnaliser avant de quitter la compétence par patient.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient et préparés (ils sont pris ou à prendre le patient).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si la réduction de directives anticipées et le diagnostic d'un patient en fin de vie sont indiqués, nécessaires, cette information est fournie au médecin traitant.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logistique		Oui	Non	N/A
8. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le matériel et les traitements sont complétés. Tous les patients à domicile ont des structures de soins et de transport adaptés à leur pathologie.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

« Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures », guide d'utilisation, note méthodologique et de synthèse documentaire de la Haute autorité de santé – La Haute Autorité de santé (HAS) vient de diffuser une check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures dont l'objectif est d'apporter un soutien à l'organisation de la sortie d'hospitalisation des patients afin de minimiser les ruptures de parcours et les réadmissions non programmées. Cette check-list constitue un outil d'apprentissage et de formation afin de repérer dès l'entrée des facteurs de risque de réhospitalisation de manière à pouvoir planifier des interventions spécifiques dont la finalité est de les réduire. Elle permet également d'être vigilant concernant l'information du patient et la continuité de la prise en charge avec les soins primaires et de suivre une logistique de sortie appropriée. Cet outil comprend des items à cocher en fonction des risques identifiés pour chaque patient. La HAS propose également des outils complémentaires afin d'identifier ces facteurs de risques de réhospitalisation et d'établir de manière simplifiée un bilan social des patients. Le guide d'utilisation de la check-list précise que celle-ci est vérifiée « dans les heures qui précèdent le départ du patient, de façon rétrospective au séjour hospitalier », avec le patient de préférence et insérée dans le dossier médical du patient. La note méthodologique et la synthèse documentaire accompagnant la mise en place de cet outil indiquent qu'elle peut être personnalisée en fonction des différents troubles dont souffre le patient et que des items ont été sélectionnés en vue d'une meilleure adaptabilité aux différentes structures hospitalières et aux particularités de prise en charge.

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Service civique – Volontariat associatif

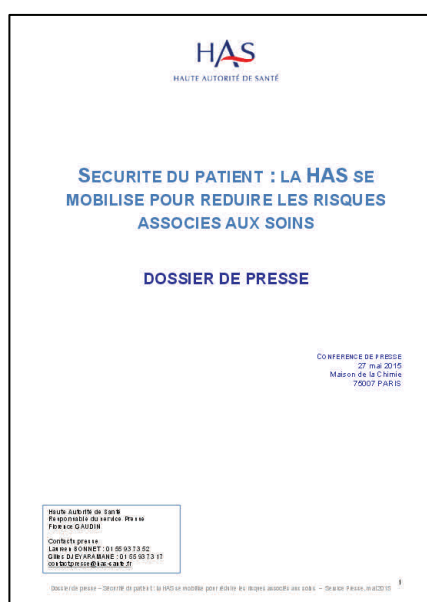
Décret n° 2015-581 du 27 mai 2015 relatif au volontariat associatif - La notice de ce texte indique qu'en "application de l'article 64 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, ce décret tire les conséquences de la création du volontariat associatif en substitution du volontariat de service civique, dont la dénomination peut être, par exception, maintenue dans les départements et collectivités d'outre-mer, en Nouvelle-Calédonie et dans les Terres australes et antarctiques françaises, lorsqu'il est réalisé auprès de personnes morales de droit public".

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Diagnostic prénatal – Femme enceinte – Accès – Prise en charge – Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

[Arrêté du 1er juin 2015](#) déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire - Sont annexées à cet arrêté les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire. Au sein du préambule, des définitions sont précisées à savoir le diagnostic prénatal (DPN), le diagnostic préimplantatoire (DPI) ainsi que le rôle et les missions dévolues aux centre pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN).

Haute autorité de santé (HAS) - Programme national pour la sécurité du patient (PNSP) - Evènement indésirable associé aux soins (EIAS) – Outils



[Dossier de presse](#) : "La HAS se mobilise pour réduire les risques associés aux soins" - La HAS affirme qu' "un patient hospitalisé sur 10 subirait un évènement indésirable lors de ses soins. Contrairement aux idées reçues, l'erreur individuelle du professionnel n'est pas la cause principale de tels évènements. En effet, les données recueillies à ce jour mettent en cause d'autres dysfonctionnements. Dans 1 cas sur 3, c'est le travail en équipe dont la communication (entre professionnels et vers le patient) qui en est la cause". L'institution "dresse aujourd'hui un bilan et dévoile sa stratégie pour que l'équipe et le patient soient les acteurs clefs de la diminution des risques associés aux soins". La HAS estime qu'il convient d' "encourager l'analyse des évènements indésirables par les équipes de soignants", de développer l'expérimentation "dite « Pacte » (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe), pour aider les équipes pluri professionnelles à travailler sur les facteurs organisationnels et humains : l'écoute, l'entraide, la prise en compte du stress, la communication, etc.", d'encourager la démarche d'accréditation, et de faire du patient un "partenaire actif de l'équipe".

COMMANDE PUBLIQUE

Commande publique – Groupement de commandes – Eviction irrégulière

Tribunal administratif de Rennes, 26 mars 2015, n° 1201735 – Un centre hospitalier universitaire (CHU) a lancé, en sa qualité de coordinateur du groupement de commandes d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), une procédure d'appel d'offres ouvert, en vue de la passation d'un marché, divisé en sept lots, ayant pour objet la fourniture, l'intégration, la maintenance et l'ingénierie de solutions de réseaux informatiques filaires et sans fil et de leur sécurité associée pour le compte de 33 centres hospitaliers adhérents à une filière du GCS. A l'issue de cette procédure, la société A s'est vue attribuer, en juillet 2011, notamment le lot n°1 consistant en la fourniture et l'intégration d'infrastructures de réseaux locaux filaires dans le cadre de nouvelles installations ou de nouveaux projets et des prestations d'ingénierie pour le compte de ces mêmes établissements. Le règlement de la consultation précisait que les prestations feraient l'objet de marchés à bons de commande en monotitularisation sans minimum ni maximum. Par avis d'appel public à la concurrence publié 13 juillet 2011, un centre hospitalier, membre adhérent au GCS, a lancé une procédure d'appel d'offres ouvert en vue de la passation d'un marché, divisé en deux lots, ayant pour objet la fourniture et les prestations associées à la mise en place d'une nouvelle architecture de réseau IP, le remplacement de son système de téléphonie et la maintenance de son système de télécommunications. A l'issue de cette procédure, le centre hospitalier a informé la société A, qui s'était portée candidate pour l'attribution du lot n°1 que son offre n'avait pas été retenue et que le marché avait été attribué à la société B. La société A a alors saisi le tribunal administratif afin d'obtenir l'annulation du marché conclu entre la société B et le centre hospitalier et être indemnisée des préjudices qu'elle estime avoir subis.

Il résulte des articles 5 et 77 du code des marchés publics que chaque membre du groupement de commandes est tenu de passer le marché avec l'attributaire désigné par la commission d'appel d'offres, sauf à ce que la procédure soit déclarée sans suite pour un motif d'intérêt général. Le tribunal relève que « *la procédure d'appel d'offres engagée par centre hospitalier [...] avait pour objet principal la mise en place d'une nouvelle architecture de réseau local, de type filaire et Wifi. (...) Ces prestations relevaient déjà de celles visées aux lots n° 1 et n°3 du marché conclu par le CHU (...), lesquels avaient pour objet la fourniture et l'intégration d'infrastructures de réseaux locaux filaires, pour le premier, sans fil de type Wifi, pour le second, dans le cadre de nouvelles installations ou de nouveaux projets pour le compte des établissements hospitaliers adhérents ainsi que les prestations d'ingénierie correspondantes ; que, dans ces conditions, le centre hospitalier (...), avait l'obligation de respecter le droit d'exclusivité créé par les dispositions précitées au profit des attributaires des différents lots du marché (...), sans qu'il puisse utilement se prévaloir de la circonstance que ce marché ne couvrait pas les aspects de câblage des réseaux ni le lien de secours inter-site de type faisceau hertzien, qui constituaient des prestations marginales représentant de l'ordre de 2 % de la totalité de son propre marché ; que le centre hospitalier (...) ne saurait davantage invoquer, pour s'exonérer de ces obligations, la circonstance que le marché X conclu par le CHU (...) n'aurait pas pris en compte l'ouverture de nouveaux sites alors qu'il s'agissait justement d'un marché destiné à couvrir des besoins génériques adaptables à plusieurs sites ; qu'il n'est en outre pas allégué que le marché conclu avec la société B remplissait les conditions (...) permettant au centre hospitalier (...) de s'affranchir de son obligation de recourir aux prestataires désignés dans le cadre du marché X* ».

Le marché conclu est annulé en tant qu'il concerne le lot n°1 et le Tribunal condamne le centre hospitalier à verser à la société A la somme de 75 000 euros au titre de son manque à gagner.

PUBLICATIONS AP-HP

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

