

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 27 février au 13 mars 2015

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Réglementation sanitaire	page 2
Personnel	page 4
Organisation hospitalière	page 6
Responsabilité médicale	page 10
Organisation des soins	page 12
Patient hospitalisé	page 13
Domaine public et privé	page 14
Publications	page 15

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

RÉGLEMENTATION SANITAIRE



GUIDE DE PRISE EN CHARGE
FINANCIÈRE DES DONNEURS
VIVANTS D'ÉLÉMENTS DU
CORPS HUMAIN



Agence de la biomédecine (ABM) – Donneurs vivants – Prise en charge financière

[Guide de l'Agence de la biomédecine « prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain »](#) - Ce guide est à destination des équipes chargées de mettre en œuvre le don du vivant mais également aux équipes de direction des établissements de santé. Sont visés les quatre types de don du vivant : les organes, les cellules souches hématopoïétiques, les gamètes (ovocytes et spermatozoïdes) et les embryons. « Les établissements de santé en charge du prélèvement des donneurs ont pour obligation de garantir la neutralité financière de leur don, de sorte que l'ensemble de la démarche de don ainsi que le suivi médical qui en découle n'occasionnent aucune dépense à leur charge. La neutralité financière du don est encadrée par différents textes législatifs et réglementaires. L'assurer nécessite de mettre en relation l'Assurance maladie, les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant en ville. La multiplicité des textes et des acteurs rend aujourd'hui l'application de ce principe complexe. L'Agence de la biomédecine constate, en effet, que les délais de remboursement des frais avancés par les donneurs sont longs et qu'un nombre encore trop important d'entre eux subit des pertes financières. Ce guide d'informations et de recommandations vise donc à rendre plus efficace la prise en charge financière des donneurs. »

Diagnostic prénatal – Praticiens biologistes – Compétences

[Décret n° 2015-245 du 2 mars 2015](#) fixant les critères de compétence des praticiens biologistes exerçant au sein de structures autorisées pour pratiquer des activités de diagnostic prénatal – Ce décret définit les critères de compétence des praticiens exerçant au sein d'un laboratoire autorisé pour pratiquer un ou plusieurs des examens de biologie concourant au diagnostic prénatal. Ces critères de compétence se substituent à l'agrément individuel des praticiens délivré par l'Agence de la biomédecine. La compétence des praticiens est désormais vérifiée par les agences régionales de santé dans le cadre des procédures d'autorisation d'activité.

Transfusion sanguine – Schéma d'organisation

[Arrêté du 23 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 24 juillet 2012 relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine d'Ile-de-France – Cet arrêté vient modifier l'annexe de l'arrêté du 24 juillet 2012 comme suit : est supprimée de la liste des « sites fixes de collecte » le site de Robert Debré pour Paris ; Est ajouté à la liste des « sites de distribution de PSL aux établissements de santé gérant un dépôt de sang » le site de Saint-Louis, d'Armand Trousseau et du Kremlin-Bicêtre.

Entreprises du secteur des médicaments (laboratoires et grossistes-répartiteurs) – Pharmacie d'officine – Ristournes et avantages commerciaux – Déclaration

[Décret n° 2015-234 du 27 février 2015](#) relatif à la déclaration des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers consentis par les fournisseurs des pharmacies d'officine pour les spécialités génériques remboursables ainsi qu'à diverses pénalités financières - Ce texte "*précise les modalités de déclaration, par les laboratoires et grossistes répartiteurs, des montants des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers consentis aux pharmacies d'officine pour les médicaments génériques remboursables par l'assurance maladie. Il définit également la procédure relative à la pénalité prononcée en cas de manquement aux obligations déclaratives. Il procède enfin à diverses mises en cohérence rédactionnelles afin notamment de tirer les conséquences des modifications législatives apportées au régime des contributions pharmaceutiques*".

[Arrêté du 3 mars 2015](#) fixant le modèle de déclaration des remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers prévu à l'article R. 138-2 du code de la sécurité sociale

PERSONNEL



Salaires – Salariés du privé – Agents de la fonction publique

« [Surqualification et sentiment de déclassement : public-privé, des profils et des opinions proches](#) » - Direction générale de l'administration et de la fonction publique - Janvier 2015 - L'enquête sur les salaires vus par les salariés (SalSa) a été menée à la fois auprès des salariés du privé (en 2008-2009) et auprès des agents des trois versants de la fonction publique (début 2011). Cette enquête porte sur les modalités subjectives de la perception des salaires ainsi que les critères et les conceptions de la justice auxquels se réfèrent les individus pour juger de leur montant.



Formation professionnelle – Agents des ministères

« [La formation professionnelle et statutaire des agents des ministères de 2008 à 2012](#) » - Direction générale de l'administration et de la fonction publique – Février 2015 - Entre 2008 et 2012, le nombre annuel moyen de jours de formation par agent en fonction recule de 0,1 jour pour la formation professionnelle et de 1,2 jour pour la formation statutaire pour atteindre respectivement 3,5 et 3,4 jours par agent.

Internes – Temps de travail - Obligations de service - Tableau de service nominatif prévisionnel

[Décret n° 2015-225 du 26 février 2015](#) relatif au temps de travail des internes - Ce texte organise les différentes obligations des internes au titre de leur formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques. Elles comprennent huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre en stage, et deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée hebdomadaire qu'il utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences hors période de stage. Le décret précise que « *la formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois* ». Le tableau de service nominatif a vocation à organiser « *le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne, à qui il est transmis un relevé trimestriel. Un système de récupération est instauré en cas de dépassement de la durée moyenne prévue d'une part pour le temps en stage et d'autre part pour le temps en formation sur un trimestre* ».

Personnel – Salariés temporaires – Fiche de prévention des expositions

[Décret n° 2015-259 du 4 mars 2015](#) relatif à la fiche de prévention des expositions des salariés temporaires
L'article 7 de la loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites prévoit que les entreprises utilisatrices transmettent à l'entreprise de travail temporaire les informations nécessaires à l'établissement par cette dernière de la fiche individuelle de prévention des expositions. Le présent décret prévoit que le contrat de mise à disposition indique si le poste à pourvoir expose le travailleur intérimaire au-delà des seuils et doit donc faire l'objet d'une traçabilité au moyen de la fiche de prévention des expositions. Il prévoit également la rectification par l'entreprise utilisatrice de cette information par avenant au contrat de mise à disposition. Il prévoit enfin les modalités selon lesquelles la fiche est transmise au salarié.



Troubles musculo-squelettiques (TMS) – Prévention

[Guide pratique « Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques \(TMS\) »](#) - Direction générale de l'administration et de la fonction publique - Edition 2015 - Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause de maladie professionnelle reconnue. Ils sont définis comme « un ensemble d'affection péri-articulaires qui peuvent affecter diverses structures des membres supérieurs, inférieurs et du dos : tendons, muscles, articulations, nerfs et système vasculaire. » Ce guide pratique est destiné à accompagner les employeurs publics dans la mise en place d'un dispositif de prévention des TMS efficace et durable.

Fonction publique hospitalière - Congés annuels - Congé maladie Congé longue maladie - Congé longue durée - Congé de maternité - Congé d'adoption - Congé de paternité - Congé parental - Protection sociale

[Instruction n° DGOS/RH3/RH4/DGCS/4B/2015/41 du 11 février 2015](#) précisant le dispositif du report des congés annuels des agents absents du fait d'un congé pour raisons de santé, d'un congé de maternité, d'un congé d'adoption, d'un congé de paternité ou d'un congé parental - L'attention du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a été appelée sur certaines questions relatives à la mise en œuvre de la circulaire n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/121 du 20 mars 2013 et de l'instruction n°DGOS/RH3/DGCS/2013/356 du 1er octobre 2013 relatives au dispositif de report automatique des congés annuels non pris par les agents absents pour congés pour raisons de santé, congé de maternité, congé d'adoption, congé de paternité et congé parental.

Cette instruction vise à apporter des précisions sur la mise en œuvre de ce dispositif. Le dispositif de report automatique des congés annuels non pris est applicable au personnel contractuel tout comme aux fonctionnaires et ce, depuis la mise en œuvre du dispositif en 2013.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Interventions en santé – Efficience – Financement – Inspection générale des affaires sociales (IGAS)

[Rapport IGAS « Evaluation médico-économique en santé »](#) - Décembre 2014 – Cette mission, inscrite au programme d'activité de l'IGAS, a pour objet d'étudier, en France et dans d'autres pays européens, la relation existante entre les évaluations médico-économiques et la prise de décision publique. Les évaluations médico-économiques ont pour objectif de déterminer les interventions en santé les plus efficaces, c'est-à-dire présentant le meilleur rapport entre l'efficacité et le coût. La mission dresse un état des lieux des évaluations médico-économiques réalisées en France et dans quatre pays européens. Elle formule plusieurs recommandations organisées selon deux axes : le premier concerne la fixation d'un cadre de principes structurant la décision publique au sein duquel les évaluations médico-économiques doivent prendre place ; le second détaille les dispositions à prendre afin de se doter d'une politique en matière d'évaluation médico-économique.

Etablissement de santé - Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) - Réserve de crédits

[Décret n° 2015-224 du 26 février 2015](#) relatif à la réserve prudentielle prévue à l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale – Ce texte vise à préciser « *les modalités selon lesquelles il peut être procédé à la mise en réserve de crédits relevant de l'objectif quantifié national afin de contribuer au respect de l'ONDAM. Les crédits ainsi mis en réserve pourront être reversés, en tout ou partie, en fin d'année aux établissements concernés en fonction de l'état d'exécution de l'ONDAM et après avis du comité d'alerte* ».

Objectif des dépenses d'assurance maladie – Activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

[Arrêté du 26 février 2015](#) fixant pour l'année 2015 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale - Ce texte arrête l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale à 50 518,4 millions d'euros pour 2015.

Objectif des dépenses d'assurance maladie - Activités de soins de suite et réadaptation - Activités de psychiatrie

[Arrêté du 26 février 2015](#) fixant pour l'année 2015 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale – Ce texte arrête l'objectif de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, à 16 545,7 millions d'euros pour 2015, dont 6 169,7 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation et 8 986,8 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie.

Objectif quantifié national - Activités de soins de suite et réadaptation - Activités de psychiatrie – Etablissements privés

[Arrêté du 26 février 2015](#) fixant pour l'année 2015 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale - Ce texte arrête l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par certains établissements de santé privés à 2 904,1 millions d'euros pour 2015, dont 2 205,8 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation et 698,3 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie.

Etablissement de santé - Groupes homogènes de séjour (GHS) – Forfaits alloués

[Arrêté du 25 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Ce texte modifie les annexes 1, 2, 8 et 11 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) - Dotation nationale de financement

[Arrêté du 26 février 2015](#) portant détermination pour 2015 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale - Aux termes de cet arrêté, *" le montant de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est fixé à 298,4 millions d'euros pour 2015 "*.

Etablissement de santé – Frais d'hospitalisation – Tarifs nationaux

[Arrêté du 4 mars 2015](#) fixant pour l'année 2015 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1 du code de la sécurité sociale - Ce texte arrête la valeur du coefficient par l'application duquel les tarifs nationaux de certaines prestations peuvent être minorés, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, à 0,35% pour 2015.

Etablissement de santé – Frais d'hospitalisation – Tarifs nationaux

[Arrêté du 4 mars 2015](#) fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale - Ce texte comporte plusieurs annexes, relatives notamment aux tarifs des GHS et aux suppléments des établissements publics de santé, aux tarifs des forfaits "groupes homogènes des tarifs", aux tarifs des forfaits de « dialyse en unité de dialyse médicalisée, à domicile ou en autodialyse », ou encore aux tarifs des forfaits des prélèvements d'organes « PO ».

Tarifs – Prestations d’hospitalisation – Dégressivité tarifaire – Valeur du seuil

[Arrêté du 4 mars 2015](#) fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale - Ce texte arrête le champ des prestations d'hospitalisation concernées par l'application du mécanisme de dégressivité tarifaire, ainsi que la valeur de seuil de minoration appliqué au volume d'activité.

Etablissement de santé - Financement - Activités de soins - Régime dérogatoire - Isolement géographique - Critères - Densité de population - Temps de trajet - Volume d'activité

[Arrêté du 4 mars 2015](#) relatif au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique - Ce texte arrête les critères précis « *caractérisant une activité de soins isolée géographiquement et réalisée par un établissement situé dans une zone à faible densité de population* », en fonction du nombre de séjours annuels, de la durée du trajet entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité, et à la densité de population de la zone d'attractivité de l'établissement. Figure en annexe la liste des établissements éligibles au financement des activités de soins répondant à des critères d'isolement géographique.

Décret Bertrand - Renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Transparence des avantages accordés

[Conseil d'Etat, 24 février 2015, n° 369074 et autres](#) - Le Conseil national de l'ordre des médecins et l'Association pour une formation et une information médicales indépendantes de tout autre intérêt que celui de la santé des personnes (FORMINDEP) demandaient l'annulation pour excès de pouvoir :

- du décret n°2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme;

- ainsi que de la circulaire n° DGS/PF2/2013/224 du 29 mai 2013 relative à l'application de l'article 2 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

Ils estimaient notamment que ce décret ne respectait pas la volonté du législateur et reprochaient plus spécifiquement le fait que les rémunérations versées aux professionnels de santé en contrepartie de travaux effectués pour le compte des entreprises dans le cadre d'une convention ne devaient pas être rendues publiques.

Le Conseil d'Etat annule une partie infime du décret précité en ce qu'il établissait une distinction entre les conventions qui devaient être signalées par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et celles qui devaient l'être par les entreprises produisant ou commercialisant des lentilles oculaires non correctrices, des produits cosmétiques et des produits de tatouage. Pour ces dernières, n'étaient concernées que les conventions relatives à la conduite de travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherches biomédicales. Il annule également deux paragraphes de la circulaire précitée qui indiquaient que « *ne sont pas considérés comme des avantages les rémunérations, les salaires et les honoraires qui sont la contrepartie d'un travail ou d'une prestation de service, perçus par les personnes mentionnées à l'article L. 1453-1 du code de la santé publique* » et « *toutefois, une rémunération manifestement disproportionnée par rapport au travail ou à la prestation de service rendue est susceptible d'être requalifiée en avantage ou en cadeau prohibé par les dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique* ».

Transparence de la vie publique – Situation patrimoniale – Déclaration d'intérêts – Transmission par voie électronique

[Décret n° 2015-246 du 3 mars 2015](#) permettant la transmission des déclarations par voie électronique et modifiant le décret n° 2013-1212 du 23 décembre 2013 relatif aux déclarations de situation patrimoniale et déclarations d'intérêts adressées à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique – Ce décret permet aux personnes soumises aux obligations déclaratives prévues par les lois relatives à la transparence de la vie publique de transmettre, par voie dématérialisée, leurs déclarations de situation patrimoniale et leurs déclarations d'intérêts à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique. Cette faculté s'ajoute à la possibilité de transmettre les déclarations par voie papier.

Etablissements de santé - Qualité et sécurité des soins – Résultats – Publication

[Arrêté du 20 février 2015](#) fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins – Est annexée à cet arrêté la liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les résultats sont publiés et mis à la disposition du public.

Cancérologie – Programme de recherche translationnelle

[Instruction n° DGOS/PF4/2015/38 du 10 février 2015](#) relative au programme de recherche translationnelle en cancérologie pour l'année 2015 - La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Institut national du cancer (INCa) lancent le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K) pour l'année 2015. La recherche translationnelle en santé constitue une interface dynamique entre la recherche fondamentale et la recherche clinique.

Données de facturation anonymisées – établissements de santé privés – transmission - ATIH

[CADA, 27 novembre 2014, n° 20144116](#) - Monsieur X a saisi la commission d'accès aux documents administratifs (CADA), à la suite du refus opposé par le directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à sa demande de communication des données issues de la base de données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant les établissements de santé privés. Il souhaite obtenir ces données afin de pouvoir réaliser une étude pour le compte d'une société, sur la comparaison du coût à un an du traitement d'un anévrisme de l'artère poplitée entre un patient ayant un pontage par implant prothétique ou un pontage par prélèvement de veine saphène, et un patient bénéficiant d'une pose du dispositif médical Viabahn®. Cette étude médico-économique a été demandée par la Comité économique des produits de santé.

La CADA émet, sous diverses réserves, un avis favorable à la demande de la société. Elle rappelle notamment que « *la communication de l'ensemble des données contenues dans ces fichiers pourrait porter atteinte au secret en matière commerciale et industrielle, protégé par le II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978, dans la mesure où elles comportent des informations précises sur la nature de l'activité des établissements, sur la productivité de leurs différentes activités de soins, sur leur chiffre d'affaires, ainsi que sur leur mode et leur niveau de tarification. Il ressort toutefois des éléments portés à la connaissance de la commission que l'étude envisagée par la société X ne nécessite pas un traitement des données répertoriées par établissement de santé, et ne vise qu'à recenser les codes « liste des produits et prestations remboursables » (LPPR) et les codes d'actes « classification commune des actes médicaux » correspondant aux séjours de traitement d'un anévrisme de l'artère poplitée par les différentes techniques visées en objet. La commission rappelle par ailleurs que le II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978 prohibe également la communication à un tiers tel que la société X des données dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée ou au secret médical. La société X ne saurait donc recevoir communication, sur le fondement de cette loi, que d'extraits des RSF dont auront été supprimées toutes les données susceptibles de permettre l'identification des personnes concernées* ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité médicale – Accouchement – Césarienne – Handicap – Indemnisation

Cour d'appel de Bordeaux, cinquième chambre civile, 14 janvier 2015, n° 13/ 1303 - Par cet arrêt, la Cour d'appel de Bordeaux a condamné un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste, un établissement privé de santé et leurs assureurs respectifs à verser plus de 2 millions d'euros d'indemnités à la famille d'un enfant resté lourdement handicapé moteur et cérébral après sa naissance.

Le 19 juillet 1995, une parturiente avait accouché par césarienne au sein d'une clinique d'un bébé en état d'anoxie cérébrale. Depuis sa réanimation, il souffrait d'un lourd handicap moteur et cérébral avec un déficit fonctionnel permanent de 100%. Les rapports d'expertise de 2001 avaient relevé chez cet enfant des séquelles motrices majeures avec quadriplégie et des séquelles intellectuelles majeures avec retard sévère des acquisitions. Il avait été indiqué que l'enfant n'avait aucune autonomie de vie, n'était pas susceptible d'en acquérir et qu'il serait en permanence dépendant d'une tierce personne.

Par des décisions rendues entre 2009 et 2011, les juridictions judiciaires ont considéré que le handicap de l'enfant était dû à des fautes de l'équipe médicale, dont la responsabilité était évaluée à hauteur de 50% pour le gynécologue-obstétricien, 20% pour l'anesthésiste-réanimateur et 30% pour la clinique au regard des actes effectués par une sage-femme salariée de l'établissement. En juin 2011, la caisse primaire de l'assurance maladie (CPAM) a produit sa créance définitive. L'instance a alors été réinscrite à la demande des parents afin de solliciter la liquidation totale du préjudice de leur fils. L'affaire a alors de nouveau été jugée par le tribunal de grande instance (TGI) d'Angoulême en date du 7 février 2013, puis jugée à nouveau en appel à l'occasion de cet arrêt de la cour d'appel de Bordeaux en date du 14 janvier 2015, qui a augmenté l'indemnisation due à la famille.

La cour d'appel juge en effet que les deux médecins, l'établissement et leurs assureurs devront verser plus de deux millions d'euros à la famille de ce patient, et près de 550000€ à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) au titre des frais médicaux passés et à venir (notamment pour l'appareillage). Ils devront également assumer les frais de placement futurs du jeune adulte. L'indemnisation comprend notamment les frais d'assistance par une tierce personne déjà engagés ainsi qu'une rente mensuelle de 6120€ par an. Les parents percevront par ailleurs plus de 70000€ pour l'aménagement de la maison, 123500€ pour l'acquisition et le remplacement d'un véhicule spécialement aménagé, et 33000€ au titre de l'achat d'un dispositif de communication spécifique pour personnes dépourvues de la parole. Le jeune adulte sera aussi indemnisé à hauteur de 820000€ au titre de son déficit fonctionnel permanent, et percevra près de 467000€ au titre de la perte de gains professionnels futurs.

Homicide involontaire – Faute détachable – Service – Infirmière

Cour de cassation, Chambre criminelle, 18 novembre 2014, n° 13-86284 - M. Z, hospitalisé pour des troubles psychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation d'office au sein d'un centre hospitalier spécialisé depuis le 7 avril 2009, a présenté dans la nuit du 8 au 9 avril un état de souffrance et un comportement très agité ; que des coups ont été portés à Mme X., infirmière, après que celle-ci eut pénétré dans la chambre d'isolement de l'intéressé afin de lui donner un traitement oral, et ont donné lieu à une mesure de contention par laquelle Mme X., assistée de Mme Y., aide-soignante, a maîtrisé le patient au sol en s'allongeant sur son bassin et ses jambes et en utilisant un drap enroulé autour de son bras et passé autour de son cou afin de lui administrer un calmant ; que M. Z a fait alors un malaise et est décédé ; Une information judiciaire a été ouverte pour homicide involontaire au terme de laquelle les prévenues ont été renvoyées devant le tribunal correctionnel qui les a relaxées ; le ministère public et les parties civiles ont interjeté appel de cette décision. La Cour d'appel a condamné Mmes X et Y le 4 juillet 2013 pour homicide involontaire à un mois d'emprisonnement avec sursis. Ces dernières ont formé un pourvoi en cassation.

Cette affaire revête deux volets. Sur le volet pénal, la Cour de cassation confirme l'arrêt qui déclarait Mmes X et Y coupables d'homicide involontaire en retenant que « *si elles ont répondu à leurs obligations professionnelles d'intervention auprès d'un patient en état de souffrance et très agité, elles ont décidé de lui administrer un médicament dans la chambre d'isolement malgré le désaccord d'une autre infirmière et de ne pas appeler du renfort ; que les juges ajoutent que, face aux violences commises par lui, elles ont alors procédé à un acte de contention réalisé avec maladresse et imprudence dès lors que le drap enroulé autour du poignet et passé autour du cou de la victime, face contre terre, a provoqué une incapacité ventilatoire par suffocation entraînant son décès ; Attendu qu'en l'état de ces énonciations, qui établissent que les prévenues n'ont pas accompli les diligences normales, compte tenu de la nature de leurs fonctions ainsi que du pouvoir et des moyens dont elles disposaient, et d'où il résulte que la faute commise par elles a directement causé le dommage, la cour d'appel a justifié sa décision* ».

ORGANISATION DES SOINS

Téléradiologie - Charte - CNOM



CHARTRE DE TELERADIOLOGIE

Conseil professionnel de la radiologie – Conseil national de l'Ordre des médecins

Le Conseil Professionnel de Radiologie (CPR) contribue, au niveau national et régional, au développement de la télé-radiologie et en particulier au bon usage de pratiques médicales liées à cette pratique radiologique des patients. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM) lui assure dans ce domaine un soutien technique et réglementaire. Cette charte de pratique a été éditée en 2005 dans le Guide du Bon Usage de la Télé-radiologie élaboré conjointement avec le CNOM et le G4 des radiologues. Elle constitue une référence essentielle à cet égard.

CHARTRE ACTUALISÉE - DÉCEMBRE 2014

Cette nouvelle version, approuvée conjointement par le G4 le CNOM, reprend les mêmes principes mais en actualise la déclinaison, en raison des évolutions législatives ou réglementaires et des productions méthodologiques de la HAS comme celles du CNOM.

1. La télé-radiologie est organisée par les médecins radiologues en coopération avec les autres médecins et les professionnels de santé impliqués.

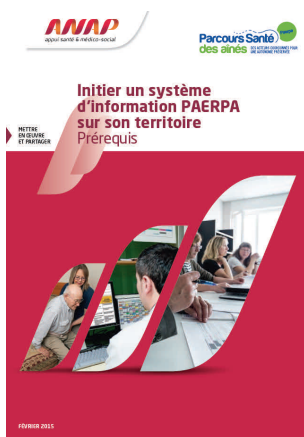
2. Comme cela est précisé dans le code de la santé publique, l'acte de télé-radiologie est un acte médical à part entière et par conséquent il est encadré par les règles de déontologie médicale et de bonnes pratiques professionnelles qui sont les deux éléments majeurs pour la qualité et la sécurité des patients. Il comprend le télé-diagnostic, les téléconsultations et la télé-expertise. La télétransmission, sur le plan technique, et la télé-interprétation, sur le plan médical, ne sont que des étapes dans la pratique et ne peuvent pas résumer un acte médical complet de télé-radiologie.

3. La télé-radiologie ne se justifie, dans l'intérêt du patient, qu'en cas d'impossibilité de prise en charge radiologique par un radiologue présent près du patient. Elle doit prendre en compte les relations interpersonnelles entre le patient, le médecin clinicien de proximité, le médecin radiologue, le manipulateur. Elle doit intégrer tous les impératifs techniques indispensables à la qualité des soins.

Charte de télé-radiologie – Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Décembre 2014 – « Le Conseil Professionnel de Radiologie (G4) contribue, au niveau national et régional, au développement de la télé-radiologie, et le soutient en tant que forme de pratique médicale dans la prise en charge radiologique des patients. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins s'implique, lui aussi, dans le déploiement déontologique de la télé-médecine. Cette forme de pratique a été décrite en 2005 dans le Guide du Bon Usage de la Télé-radiologie élaboré conjointement avec le CNOM et le G4 des radiologues. Une première charte a été rédigée par le G4 en 2009 en partant des principes essentiels de ce guide, elle a été mise à jour et approuvée conjointement par le G4 le CNOM. Elle reprend les mêmes principes mais en actualise la déclinaison, en raison des évolutions législatives ou réglementaires et des productions méthodologiques de la HAS comme celles du CNOM. »

Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) – Système d'information

Guide ANAP « Initier un système d'information PAERPA sur son territoire – Prérequis » - Février 2015 - Le projet « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA) vise à optimiser et fluidifier les parcours des personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie. La bonne circulation de l'information entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge, qu'ils soient professionnels de santé en ville, à l'hôpital ou intervenants au domicile de la personne âgée, est un élément clé de cette fluidification. À ce titre, les systèmes d'information (SI) jouent un rôle majeur dans les projets pilotes PAERPA mis en place dans les 9 territoires retenus. L'ANAP identifie un certain nombre d'outils indispensables à la continuité et qualité de la prise en charge de la personne âgée : L'annuaire ou le répertoire opérationnel des ressources pour l'orientation des patients - La messagerie sécurisée de santé et le DMP pour l'échange et le partage des 4 documents de synthèses dématérialisés (plan personnalisé de santé, volet de synthèse médicale, dossier de liaison d'urgence, compte rendu d'hospitalisation) - Le dossier pharmaceutique - Les outils de télé-médecine et les outils de la coordination territoriale d'appui.



Transport – Prescription médicale – Demande d'accord préalable

[Arrêté du 17 février 2015](#) fixant les modèles des formulaires « Prescription médicale de transport » et « Demande d'accord préalable - Prescription médicale de transport ».

Transports sanitaires urgents - Expérimentation

[Instruction n° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2015/25 du 29 janvier 2015](#) relative à l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012 - L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la mise en œuvre d'expérimentations portant sur l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents. Cette instruction a pour objet de détailler le dispositif expérimental et de préciser les modalités de candidature par les agences régionales de santé dans ce cadre.

PATIENT HOSPITALISÉ

Soins psychiatriques sans consentement – Hospitalisation complète – Programme de soins – Modalités – JLD

[Cour de cassation, première chambre civile, 4 mars 2015, n° 14-17824](#) - Une patiente a été admise au sein d'un établissement d'accueil en soins psychiatriques en cas de péril imminent à compter du 24 janvier 2014 par une décision du directeur de cet établissement en date du 27 janvier 2014. Par ordonnance du 6 février 2014, un juge des libertés et de la détention (JLD), saisi en application de l'article L. 3211-11 du Code de la santé publique dans le cadre du contrôle systématique par le directeur de l'établissement d'accueil, a maintenu la mesure d'hospitalisation complète de cette patiente. Saisi sur appel de la patiente, le 14 février 2014, une ordonnance du premier président a prononcé la mainlevée de cette mesure avec un effet différé de vingt-quatre heures (afin de permettre le cas échéant la mise en place d'un programme de soins), au motif que la patiente avait été admise sans titre en hospitalisation complète pendant trois jours. A la suite de cette ordonnance, le directeur de l'établissement d'accueil a pris une décision de « *prise en charge sous la forme d'un programme de soins* ». La patiente a ensuite saisi le JLD le 18 février 2014 en considérant que ce programme de soins constituait une hospitalisation complète. Le JLD a constaté, par une ordonnance du 28 février 2014, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète à compter du 14 février 2014 en indiquant que l'hospitalisation sous contrainte prendrait fin dans un délai de vingt-quatre heures en vue de la mise en œuvre effective d'un programme de soins. Le directeur de l'établissement d'accueil a interjeté appel de cette ordonnance. Par ordonnance du 21 mars 2014, le premier président de la Cour d'appel de Versailles a confirmé l'ordonnance. Le directeur de l'établissement d'accueil a alors formé un pourvoi en cassation contre cette ordonnance. Par cette décision, la première chambre civile de la Cour de cassation les juges du fond a considéré que « *l'ordonnance rappelle, à bon droit, que, s'agissant des mesures prévues par un programme de soins, il incombe au juge de vérifier si l'hospitalisation mise en place constitue une hospitalisation à temps partiel au sens de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique et non une hospitalisation complète ; qu'après avoir constaté que le programme de soins incluait l'hospitalisation à temps partiel de Mme [X] et limitait ses sorties à une ou deux fois par semaine et une nuit par semaine au domicile de sa mère, le premier président a pu en déduire que ces modalités caractérisaient une hospitalisation complète assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures, telles que prévues par l'article L. 3211-11-1 du code précité (...)* ». La Haute juridiction judiciaire estime ainsi qu'il revient au JLD de contrôler la régularité de la décision administrative et concernant plus particulièrement un programme de soins, de vérifier que les modalités prescrites par ce programme entrent dans le cadre de la législation en vigueur et ici, dans la définition juridique de l'hospitalisation complète. Ainsi, la Cour de cassation admet que le juge judiciaire peut requalifier des soins psychiatriques sous contrainte pris sous la forme d'un programme de soins en hospitalisation complète, en l'espèce par une analyse détaillée des sorties envisagées, encadrées et limitées et faisant l'objet d'une autorisation. Le Cour de cassation a prononcé ainsi le rejet du pourvoi formé par le directeur de l'établissement d'accueil.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Transition énergétique - Croissance verte - Organisation des Nations Unies (ONU) - Conférence des Parties de la Convention cadre des Nations-Unies sur les changements climatiques en 2015 (COP21) - Biodiversité - Gestion durable - Responsabilité sociale et environnementale

[Circulaire n° 5769/SG du 17 février 2015](#) relative à l'instruction relative au plan d'action interministériel "Administration exemplaire" pour l'environnement 2015-2020 - Dans le cadre de la Conférence des Parties de la Convention cadre des Nations-Unies sur les changements climatiques en 2015 (COP21) et du vote du projet de loi relatif à la transition énergétique pour la croissance verte, le Premier ministre a chargé la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie "d'élaborer un projet de plan interministériel "Administration exemplaire". L'ensemble des pouvoirs publics sont appelés à "mettre en œuvre ce nouveau dispositif", qui "ciblera de manière prioritaire les principaux impacts en matière environnementale du fonctionnement" des administrations, regroupés dans quatre catégories : économies d'énergie, mobilité durable, économies de ressources et réduction des déchets, ainsi que préservation de la biodiversité. Ce plan interministériel d'administration exemplaire sera adressé au commissariat général au développement durable, et fera l'objet d'un suivi "fondé sur une série d'indicateurs".

Établissement public de santé – Patrimoine – Immobilier – Déclassement – Domaine public

[Conseil d'Etat, 13 février 2015, n° 381412](#) - Par cette décision en date du 13 février 2015, la Haute juridiction administrative a eu à se prononcer sur la décision d'un établissement public de santé ayant procédé au déclassement d'un bâtiment provenant d'un legs et qui l'avait proposé à la vente. Le conseil d'administration de l'hôpital avait donné pouvoir au directeur de signer tout document relatif à la vente de ce bien à une société. Toutefois, il avait décidé de conserver le bien et de le réaffecter au service public hospitalier. La société bénéficiaire de la promesse de vente a alors demandé au juge administratif d'annuler la décision litigieuse de réaffectation du bien au service public hospitalier.

Le Conseil d'État a considéré que la délibération autorisant le directeur de l'établissement public de santé à signer les pièces relatives à la vente n'était pas créatrice de droits. Il a estimé « *qu'il n'appartient pas, en tout état de cause, au juge administratif de se prononcer sur la question de savoir si le compromis de vente conclu entre l'hôpital et la société était caduc quand l'hôpital a décidé de renoncer à la vente ni sur la question de savoir si une vente parfaite était intervenue* » et a rejeté la requête.

PUBLICATIONS AP-HP

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

