

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 28 janvier au 11 février 2015

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

| | |
|---|-------------------------|
| Patient hospitalisé | page 2 |
| Organisation des soins | page 4 |
| Réglementation sanitaire | page 5 |
| Organisation hospitalière | page 6 |
| Personnel | page 7 |
| Responsabilité médicale | page 10 |
| Frais de séjour | page 12 |
| Propriété intellectuelle - Informatique | page 12 |
| Publications | page 13 |

[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

PATIENT HOSPITALISÉ

Droits des malades – Fin de vie – Assistance médicalisée pour mourir



Proposition de loi relative à l'assistance médicalisée pour mourir et aux droits des malades en fin de vie - Enregistrée à la Présidence du Sénat le 19 décembre 2014 -

Cette proposition de loi s'applique, selon l'exposé des motifs, aux personnes pour lesquelles l'arrêt du traitement ne suffit pas à soulager leur douleur. Elle vise à permettre aux personnes majeures atteintes d'une affection infligeant une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou qu'elles jugent insupportable de pouvoir bénéficier, si elles le souhaitent, d'une assistance médicalisée pour mourir. L'acte peut être accompli par un médecin ou par la personne elle-même. La procédure est étroitement encadrée et réalisée dans un cadre médical. Elle garantit le caractère libre, éclairé et réfléchi de la demande. La proposition de loi prévoit aussi la possibilité de rédiger des directives anticipées qui s'imposent aux médecins pour le cas où la personne se trouverait hors d'état d'exprimer sa volonté. Elle instaure par ailleurs une clause de conscience au profit des personnels de santé.

Droits des malades – Fin de vie - Observatoire national de la fin de vie - Rapport 2014

Rapport annuel de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) « Fin de vie et précarités : six parcours pour mieux connaître la réalité et comprendre les enjeux de la fin de vie des personnes en situation de précarité en France » - 2014 - Dans son rapport annuel 2014 l'ONFV a décidé de consacrer ses travaux à la fin de vie et à la précarité. Sont présentés dans ce rapport les résultats de ses enquêtes sous la forme de trajectoires de fin de vie et de parcours de santé : trajectoire de fin de vie de déclin rapide, trajectoire de fin de vie de déclin graduel, trajectoire de fin de vie de déclin lent. Deux parcours de santé de personnes en situation de précarité sont déclinés pour chacune de ces trois trajectoires de fin de vie. L'ONFV formule 10 préconisations dont « *l'information des décideurs et gestionnaires d'établissements et services* » en les sensibilisant « *aux besoins existants et à venir d'accompagnement de fin de vie pour les personnes en situation de précarité. Les inciter à prendre en compte cette problématique dans leur politique (notamment dans le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) et dans leur projet d'établissement.* » ; ou encore la « *Coopération - Formation - bonnes pratiques et outils* » avec la mise en place « *d'actions de formations interdisciplinaires dans une logique de territoire pour permettre aux acteurs accompagnant des personnes en fin de vie et en situation de précarité de se connaître et de repérer les ressources disponibles pour pouvoir travailler ensemble de manière efficiente.* »



Psychiatrie – Soins sans consentement – Hospitalisation – Juge des libertés et de la détention – Contrôle – Recours

Cour de Cassation, 19 janvier 2015, Avis n° 15001(Demande n° 14-70010) - Par cet avis en date du 19 janvier 2015, la Cour de cassation, saisie à l'occasion d'un dossier soumis à un juge des libertés et de la détention (JLD) qui avait sollicité son avis, précise les conditions du recours au JLD lors des hospitalisations psychiatriques sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), notamment quand elles interviennent après une admission en soins à la demande d'un tiers (SDT) ou en péril imminent.

Il faut préciser que le dossier soumis au JLD concernait un patient ayant fait initialement l'objet d'une hospitalisation complète sous le régime de la SDT (soumise au contrôle systématique du JLD dans le délai de 12 jours), puis avait fait l'objet, environ trois mois plus tard, d'une admission par le Préfet en SDRE sur la base de l'article L. 3213-6 du code de la santé publique, puis avait été postérieurement transféré dans une unité pour malades difficiles (UMD). Le JLD avait été informé par l'Agence régionale de santé (ARS) compétente de ce transfert en UMD et avait décidé d'examiner d'office la situation de ce patient.

Dans cet avis, la Haute juridiction judiciaire a eu à se prononcer sur deux questions.

La première interrogation concernait l'identité du représentant de l'Etat compétent pour saisir le JLD « *ou, plus généralement, représenter l'Etat devant ce juge, dans l'hypothèse où le préfet qui a prononcé une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement a ordonné son transfert dans un établissement situé dans un autre département* ». La Cour de cassation estime que « *dans l'hypothèse où le représentant de l'Etat qui a prononcé une mesure de soins psychiatriques sans consentement décide du transfert de la personne dans un établissement situé dans un autre département, seul le représentant de l'Etat dans le département où est situé l'établissement d'accueil a qualité, après le transfert, pour saisir le juge des libertés et de la détention* ».

La seconde situation portait sur le point de savoir si une nouvelle saisine du JLD est nécessaire en cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement décidée par le représentant de l'Etat dans le département mais qu'elle se fait dans la continuité d'une précédente admission décidée par le directeur d'un établissement de soins (à la demande d'un tiers ou pour péril imminent). La Cour de cassation considère que le Code de la santé publique « *impose au juge des libertés et de la détention de statuer sur toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète décidée par le représentant de l'Etat dans le département* ».

Sur ce point, une note explicative de l'avis précise que « *cette solution permet un contrôle du bien-fondé de l'hospitalisation complète, de la motivation liée au risque de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte de façon grave à l'ordre public, ainsi que de la régularité de la décision du préfet.* »

Hospitalisation sans consentement – Mainlevée – Refus – Péril imminent

Cour de Cassation, première chambre civile, 18 décembre 2014, n° 13-24924 – M. X a été admis en soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète sur la base d'un certificat médical affirmant un péril imminent pour sa personne. Sa demande de mainlevée de cette mesure de soins sous contrainte ayant été rejetée par le premier président du TGI, il saisit la Cour de cassation, reprochant notamment que l'unique certificat médical établi le 19 août 2013 n'est pas circonstancié et ne vise pas le péril imminent. La cour de cassation rejette son pourvoi en soulignant que peu importe que la mention du péril imminent soit pré-imprimée au sein du certificat médical, le médecin y a fait expressément référence après avoir décrit de façon manuscrite, individualisée et circonstanciée, les constatations faites sur l'état clinique et les manifestations comportementales de M. X. En conséquence, le certificat médical tel qu'il a été rédigé répond à toutes les obligations imposées par la loi du 5 juillet 2011 et la décision administrative du directeur de l'établissement psychiatrique ayant accueilli le patient est régulière.

ORGANISATION DES SOINS

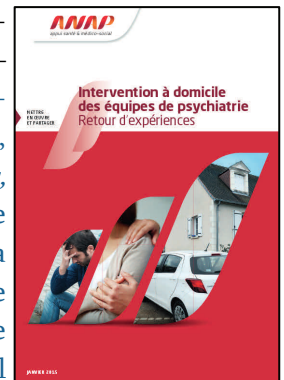
Chirurgie ambulatoire – Patient – Prise en charge



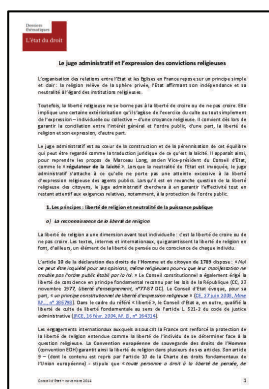
[Rapport de l'IGAS et de l'IGF « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France \(MAP\) » - Juillet 2014 - L'IGAS et l'IGF](#), dans le cadre de la démarche de « *Modernisation de l'action publique* » (MAP), ont été chargées d'une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond à une hospitalisation sans hébergement de nuit. Sont développés dans ce rapport la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire ; les freins à son développement et les leviers à actionner pour la développer ; le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire. La mission fournit une évaluation des économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie et les établissements. Sont par ailleurs définis plusieurs scénarios envisageables dans la mise en œuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

Psychiatrie – Intervention à domicile – Retour d'expériences - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

« [Intervention à domicile des équipes de psychiatrie – retour d'expériences](#) » - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – janvier 2015 - Ce document recensant un retour d'expériences sur l'intervention à domicile de psychiatrie, « *principal lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques* », indique que les équipes d'intervention « *se sont développées au gré des secteurs, territoires, psychiatres, et se caractérisent par leur très grande hétérogénéité* ». Il présente quatorze fiches par établissement ayant participé à l'étude, autour des thèmes de l'intervention à domicile et de suivi, de l'intervention à domicile de « crise », de l'intervention à domicile d'accompagnement, de l'intervention à domicile « d'évaluation et d'orientation », et de l'intervention à domicile organisées par les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) et l'Hospitalisation à domicile (HAD).



Liberté religieuse - Neutralité de l'Etat - Agents publics - Expression - Ordre public - Relation avec les usagers



" [Le juge administratif et l'expression des convictions religieuses](#)" - Dossier thématique du Conseil d'Etat - Novembre 2014 – « *L'organisation des relations entre l'État et les Églises en France repose sur un principe simple et clair : la religion relève de la sphère privée, l'État affirmant son indépendance et sa neutralité à l'égard des institutions religieuses. Toutefois, la liberté religieuse ne se borne pas à la liberté de croire ou de ne pas croire. Elle implique une certaine extériorisation qu'il s'agisse de l'exercice du culte ou tout simplement de l'expression – individuelle ou collective – d'une croyance religieuse. Il convient dès lors de garantir la conciliation entre l'intérêt général et l'ordre public, d'une part, la liberté de religion et son expression, d'autre part. Le juge administratif est au cœur de la construction et de la pérennisation de cet équilibre qui peut être regardé comme la traduction juridique de ce qu'est la laïcité* ».

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Ondes électromagnétiques - Internet - Accès sans fil - Wifi - Information - Interdiction

[Loi n° 2015-136 du 9 février 2015](#) relative à la sobriété, à la transparence, à l'information et à la concertation en matière d'exposition aux ondes électromagnétiques - Cette loi dispose que « *les établissements proposant au public un accès wifi le mentionnent clairement au moyen d'un pictogramme à l'entrée de l'établissement* ». En outre, "I. - *Dans les établissements mentionnés au chapitre IV du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique, l'installation d'un équipement terminal fixe équipé d'un accès sans fil à internet est interdite dans les espaces dédiés à l'accueil, au repos et aux activités des enfants de moins de trois ans* ».

Transfusion – Plasma – Conservation – Délivrance – Traçabilité

[Décret n° 2015-100 du 2 février 2015](#) relatif au plasma dans la production duquel intervient un processus industriel – Ce décret adapte les règles applicables au plasma à finalité transfusionnelle dans la production duquel intervient un processus industriel (dit « plasma industriel »), afin de tirer les conséquences de sa qualification de médicament par le droit communautaire. Il précise les règles de conservation en vue de la délivrance ainsi que les règles de délivrance et d'hémovigilance applicables au plasma industriel. Il crée enfin un suivi spécifique pour ce type de produit, notamment en ce qui concerne les règles de pharmacovigilance.

[Arrêté du 3 février 2015](#) relatif aux modalités de conservation en vue de la délivrance, de la délivrance et de la traçabilité des plasmas à finalité transfusionnelle dans la production desquels intervient un processus industriel bénéficiant d'une autorisation d'importation.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP) – Fièvre hémorragique virale (FHV) – Ebola – Epidémie – Equipement - Protection

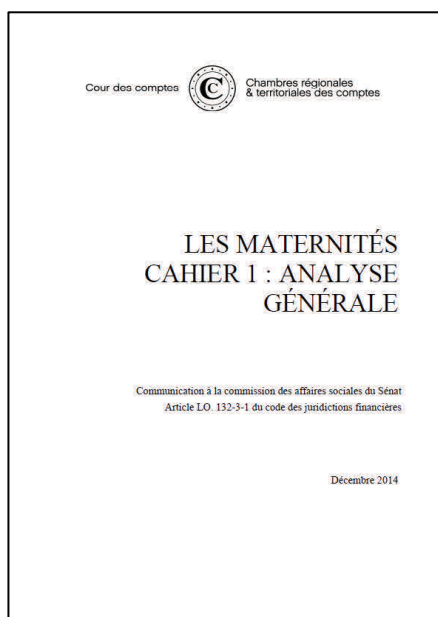
[Avis du Haut Conseil de la santé publique](#) du 9 décembre 2014 relatif aux équipements de protection individuels pour la prise en charge des patients cas suspects, possibles ou confirmés de la maladie à virus Ebola – A l'occasion de cet avis, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) rappelle en présentation sur son site internet que « *le virus Ebola est transmis par le contact avec le sang, les tissus ou les liquides biologiques de personnes infectées et symptomatiques* » et indique que « *la prévention de la transmission du virus repose sur des règles d'hygiène strictes et l'identification et la prise en charge spécialisée précoce des patients* ». Il émet ainsi des recommandations « *en termes d'organisation générale au sein des établissements de santé, de prise en charge de patients suspects, possibles ou confirmés de maladie à virus Ebola (MVE), de choix et de gestion des équipements de protection individuels (EPI)* ». Il précise également la composition et le type d'EPI à utiliser en fonction de la situation clinique présentée par le patient et du parcours de soins. Le HCSP indique « *qu'au-delà de l'épisode actuel de MVE, tous les patients fébriles se présentant aux urgences doivent faire l'objet d'une identification rapide et d'une gestion adaptée du risque possible de transmission de leur maladie* » (port systématique d'un masque par le patient, application des précautions standard incluant le risque d'exposition à des produits biologiques par les professionnels de santé).

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Odontologie – Permanence des soins

[Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015](#) relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé – Ce décret fixe les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins dentaires. Il prévoit que cette permanence est organisée les dimanches et jours fériés, dans chaque département, par le directeur général de l'agence régionale de santé. La gestion du tableau de permanence de chaque secteur est assurée par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes. De plus le décret clarifie le circuit de liquidation des forfaits de permanence des soins ambulatoires de médecine générale, en prévoyant que les rémunérations forfaitaires engagées à ce titre peuvent être attribuées au centre de santé employant le médecin qui participe à ce dispositif sous statut de salarié.

Maternités – Cour des comptes



[Rapport de la Cour des comptes « Les maternités »](#) - Décembre 2014 - La Cour des comptes a rendu public, le 23 janvier 2015, un rapport sur les maternités demandé par la commission des affaires sociales du Sénat en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières. « À la suite d'une réorganisation profonde de l'offre de soins, le nombre de maternités a diminué de 20 % entre 2002 et 2012, sous l'effet notamment de nouvelles normes définies pour améliorer la sécurité des naissances. Cette recomposition, sans équivalent en matière sanitaire, n'a pas dégradé la couverture du territoire, malgré des difficultés dans certaines zones rurales.

La France continue pourtant de connaître des résultats médiocres en matière de périnatalité. Elle occupe ainsi le 17^e rang européen pour la mortalité néonatale. En outre, la durée moyenne de séjour demeure sensiblement plus élevée que chez la plupart de ses voisins, et le taux d'occupation des lits reste inférieur à 60 % dans un tiers des maternités, ce qui contribue aux difficultés financières des établissements. La fragilité de la démographie médicale entraîne par ailleurs des problèmes de sécurité parfois aigus dans les zones géographiques ou les établissements, les moins attractifs ou les plus isolés. Ces

difficultés sont atténuées par la présence de médecins diplômés à l'étranger ou par la contribution des sages-femmes, mais sont porteuses de risques en termes de qualité des soins, en particulier dans les plus petites structures où les normes de fonctionnement ne sont pas toujours respectées. La Cour considère que la cohérence et la sécurité des prises en charge doit être assurée avec plus de rigueur. Le suivi des populations précaires doit être renforcé. La situation en outre-mer doit également faire l'objet d'une attention vigilante. La fragilisation des maternités rend inévitable et nécessaire une nouvelle phase de réorganisation, qui doit être anticipée et activement pilotée par les pouvoirs publics afin de mettre en place une offre de soins pérenne, ajustée aux besoins et efficiente, mais aussi pour améliorer les indicateurs de périnatalité. La Cour formule neuf recommandations pour améliorer la sécurité et les indicateurs de périnatalité ».

PERSONNEL

Infirmiers – Bloc opératoire – Compétence exclusive

[Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015](#) relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire – Ce décret introduit dans le code de la santé publique deux nouveaux articles consacrés à l'exercice des infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Il habilite les infirmiers et infirmières de bloc opératoire à réaliser de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés. Il permet également aux infirmiers en formation préparant le diplôme d'Etat de bloc opératoire de participer aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Pour exercer ces actes et activités, l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire en exercice et en cours de formation devront avoir suivi une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020.

Fonctionnaires – Pension de réversion – Pension de retraite – Rente viagère d'invalidité

[Décret n° 2015-103 du 2 février 2015](#) portant application des articles 162 et 163 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 - En application de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, ce décret prévoit de nouvelles modalités de répartition de la pension de réversion entre orphelins ainsi que de nouvelles modalités de calcul de la pension de retraite et de la rente viagère d'invalidité. L'ensemble des pensions de réversion attribuées aux orphelins est de même montant, indépendamment du nombre d'enfants issus de chaque union successive du fonctionnaire décédé. Les pensionnés invalides peuvent désormais bénéficier de la majoration pour enfant dans les mêmes conditions et limites que les pensionnés valides.

Fonction publique - Retraite additionnelle

[Décret n° 2015-117 du 3 février 2015](#) modifiant les règles d'investissement du régime de retraite additionnelle de la fonction publique – Ce décret est pris en application du I et du VI de l'article 76 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et modifie le décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique. Il élargit la liste des actifs dans lesquels l'établissement public gérant le régime est autorisé à placer ses fonds afin d'accroître sa contribution au financement des entreprises et améliorer son espérance de rendement. Par ailleurs, il facilite la gestion des actifs en ouvrant la possibilité d'investir, sans délégation de gestion, dans des organismes de placement collectif, dans des créances de petites et moyennes entreprises non garanties et dans des titres de créances négociables d'entreprises pour la gestion courante de trésorerie. Il autorise par ailleurs à utiliser des instruments financiers à terme, dans le cadre de mandats de gestion spécifique pour la couverture des risques. Les limites d'investissement par catégorie d'actifs, la nature des risques couverts par les instruments financiers à terme et l'enveloppe maximale de gestion sans mandat sont précisées par arrêté. Enfin, en contrepartie de l'ouverture de ces nouvelles possibilités, le contrôle interne des investissements des fonds et de sa prise de risque est renforcé.

Sages-femmes – Statut – Missions – Fonctions – Régime indemnitaire – Développement professionnel continu

[Instruction n° DGOS/RH4/2015/18 du 20 janvier 2015](#) relative à la mise en œuvre de la réforme statutaire des sages-femmes hospitalières – Ce texte « *accompagne la parution des textes relatifs à la réforme statutaire des sages-femmes hospitalière* ». Elle rappelle les missions des sages-femmes ainsi que les modalités de gestion du corps. Par ailleurs, l'instruction évoque la nouvelle architecture statutaire : structuration du corps, fonctions exercées dans le second grade, et statut d'emploi. Est également évoqué le régime indemnitaire, puis le financement du développement professionnel continu des sages-femmes.

Droit syndical – Heures syndicales – Mutualisation – Fonction publique hospitalière

[Instruction n° DGOS/RH3/2015/26 du 29 janvier 2015](#) relative à la mutualisation des heures syndicales dans la fonction publique hospitalière – Cette instruction précise qu'un « *décret relatif au dispositif de mutualisation des heures syndicales au niveau départemental visant à pérenniser le dispositif sur de nouvelles bases est en préparation et sera publié dans le courant du premier semestre 2015* ».

Dans l'attente, le volume d'heures syndicales mutualisé au niveau de chaque département à la fin de l'année 2011 est reconduit au profit de chaque organisation syndicale bénéficiaire selon les mécanismes de fonctionnement et de financement prévu par l'article 20 du décret du 9 mai 2012.

Professeur des universités-praticien hospitalier - Vacance d'emploi - Mutation - Recrutement - Année 2015

[Arrêté du 6 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 19 janvier 2015 portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2015 et fixant les modalités de candidature.

Maître de conférences des universités-praticien hospitalier - Vacance d'emploi - Mutation - Recrutement - Année 2015

[Arrêté du 6 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 19 janvier 2015 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 2015 et fixant les modalités de candidature.

Etablissement public de santé – Agents contractuels – Contrat – Casier judiciaire

[Conseil d'État, 4 février 2015, n° 367724](#) - Par cette décision, le Conseil d'Etat apporte des précisions sur l'impact du casier judiciaire d'un agent contractuel de droit public sur le contrat de travail. Il considère en effet que lorsque l'employeur public découvre auprès d'un agent contractuel l'existence d'un casier judiciaire, il doit s'assurer de la régularité de son contrat de travail en appréciant la compatibilité entre les motifs de la condamnation pénale en cause avec les fonctions exercés par l'agent.

En l'espèce, un agent d'entretien avait été recruté en 2002 sous le régime du contrat aidé puis avait conclu par la suite plusieurs contrats à durée déterminée et un contrat à durée indéterminée initié en 2010. Le centre hospitalier avait envisagé de la titulariser dans le corps des agents des services hospitaliers et lui il avait demandé communication du bulletin n° 2 de son casier judiciaire en application des exigences légales relatives à l'incompatibilité de certaines mentions avec des fonctions publiques. Il avait alors découvert que l'agent avait été condamné

en 2008 à une peine de trente mois d'emprisonnement avec sursis pour complicité de trafic de stupéfiants. Le directeur du centre hospitalier décide d'interrompre la procédure de titularisation et de la licencier aux motifs de l'incompatibilité de son casier judiciaire avec les fonctions qu'elle exerçait et d'une faute disciplinaire de nature à justifier la sanction du licenciement sans préavis ni indemnité.

Le tribunal administratif et la cour administrative d'appel ont annulé ce licenciement. Le Conseil d'Etat indique « *qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'interdit à l'administration de se fonder sur des faits ayant motivé une condamnation pénale pour déclencher une procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent* ». Il relève « *qu'il ne ressort pas que la condamnation et les faits que celle-ci avait pour objet de réprimer (...) aient eu des conséquences préjudiciables pour le service public, notamment en portant atteinte à la réputation du centre hospitalier* ». Il souligne que l'agent s'est toujours acquitté de ses fonctions d'agent d'entretien dans des conditions satisfaisantes. Il souligne également qu'« *aucune disposition législative ou réglementaire n'imposait à [l'agent] d'informer son employeur de la condamnation pénale dont elle a fait l'objet postérieurement à son recrutement* ». Ainsi, le Conseil d'Etat a estimé que le directeur du centre hospitalier a entaché sa décision d'une erreur d'appréciation en considérant que « *les faits ayant motivé la condamnation pénale infligée à l'agent étaient de nature à justifier la sanction du licenciement sans préavis ni indemnité* » et a annulé définitivement le licenciement de l'agent.

La Haute juridiction administrative rappelle, qu'en application de l'article 3 du décret du 6 février 1991, « *aucun agent contractuel ne peut être recruté si, étant de nationalité française : (...) 2° Les mentions portées au bulletin n° 2 de son casier judiciaire sont incompatibles avec l'exercice des fonctions* ». Elle indique ainsi que « *sauf s'il présente un caractère fictif ou frauduleux, le contrat de recrutement d'un agent contractuel de droit public crée des droits au profit de celui-ci ; que, lorsque le contrat est entaché d'irrégularité, l'administration est tenue de proposer à l'agent contractuel en cause une régularisation de son contrat afin que son exécution se poursuive régulièrement ; que si le contrat ne peut être régularisé, il appartient à l'administration, dans la limite des droits résultant du contrat initial, de proposer à l'agent un emploi de niveau équivalent, ou à défaut d'un tel emploi et si l'agent le demande, tout autre emploi, afin de régulariser sa situation ; que si l'intéressé refuse la régularisation de son contrat ou si la régularisation de sa situation, dans les conditions précisées ci-dessus, est impossible, l'administration est tenue de le licencier* ». De plus, elle rappelle que « *lorsque l'administration apprend que des mentions avaient été portées au bulletin n° 2 du casier judiciaire d'un agent avec lequel elle a conclu un contrat de recrutement, il lui appartient, pour déterminer si ce contrat est entaché d'irrégularité, d'apprécier si, eu égard, d'une part, à l'objet des mentions en cause et à l'ensemble des motifs de la condamnation pénale dont l'agent a fait l'objet, d'autre part, aux caractéristiques des fonctions qu'il exerce, ces mentions sont incompatibles avec l'exercice de ces fonctions* ».

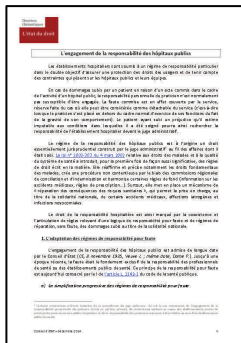
Praticien contractuel – Etablissement public de santé – CDD – Non renouvellement

[Conseil d'Etat, 15 décembre 2014, n° 366426](#) – Un praticien contractuel à temps partiel s'est vu refuser le renouvellement de son contrat à durée déterminée par le directeur du centre hospitalier où il exerçait. Il a demandé l'annulation de cette décision au juge administratif. Le tribunal administratif de Nîmes en date du 21 décembre 2010 a rejeté cette demande. La cour administrative d'appel de Marseille a par la suite annulé ce jugement (11 décembre 2012). Le centre hospitalier Y. se pourvoit alors en cassation. Le Conseil d'Etat donne droit au centre hospitalier et rappelle qu'un « *agent dont le contrat est arrivé à échéance n'a aucun droit au renouvellement de celui-ci* » et que « *le renouvellement peut être refusé si l'intérêt du service le justifie* ».

De plus, le requérant estimait bénéficier d'un contrat à durée indéterminée. « *Toutefois aucun texte ne lui permettait de se prévaloir d'un contrat à durée indéterminée ; qu'en particulier, les dispositions de l'article 19 de la loi du 26 juillet 2005 portant diverses mesures de transposition du droit communautaire à la fonction publique ne sont pas applicables aux praticiens contractuels qui sont recrutés sur le fondement de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et non en application de l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière auquel renvoie l'article 19 de la loi du 26 juillet 2005* ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Etablissement public de santé - Responsabilité - Responsabilité pour faute - Fonctionnement et organisation du service - Faute médicale - Solidarité nationale - Aléa thérapeutique



["L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics"](#) - Dossier thématique du Conseil d'Etat - Janvier 2015 - « *Le régime de la responsabilité des hôpitaux publics est à l'origine un droit essentiellement jurisprudentiel construit par le juge administratif au fil des affaires dont il était saisi. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a introduit, pour la première fois de façon aussi significative, des règles de droit écrit en la matière. Le droit de la responsabilité hospitalière est ainsi marqué par la coexistence et l'articulation de règles relevant d'une logique de responsabilité pour faute et de régimes de réparation, sans faute, des dommages subis au titre de la solidarité nationale* ».

Infections nosocomiales – Refus de soins – Limitation – Indemnisation

[Cour de cassation, première chambre civile, 15 janvier 2015, n° 13-21180](#) - La Cour de cassation souligne que le refus d'un patient de soigner une infection nosocomiale contractée au sein d'un établissement de soins, à l'origine de complications supplémentaires, ne permet pas de limiter l'indemnisation à laquelle il peut prétendre. Les juges considèrent en effet que « *pour limiter la responsabilité de la clinique aux conséquences de l'infection nosocomiale contractée par M. X. si elle avait été « normalement traitée », l'arrêt relève d'abord que si, selon l'expert, le patient, dépourvu de médecin traitant, n'avait pas refusé un transfert vers un autre établissement, quitté la clinique contre avis médical et, de retour chez lui, omis de consulter un autre médecin, une antibiothérapie adaptée au germe qui aurait pu être identifié par la poursuite des examens et analyses engagés lors de son séjour à la clinique et interrompus avant d'avoir abouti, aurait permis, dans un délai de quinze à trente jours, de résorber l'infection et d'éviter l'aggravation de son état ; que l'arrêt retient ensuite, distinguant entre réduction du dommage et évitement d'une situation d'aggravation, que les complications de l'infection initiale sont la conséquence du refus par ce patient, pendant plus d'un mois et en raison de ses convictions personnelles, de traitements qui ne revêtaient pas un caractère lourd et pénible ; Qu'en statuant ainsi, en imputant l'aggravation de l'état de M. X. à son refus des traitements proposés, alors que ceux-ci n'avaient été rendus nécessaires que parce qu'il avait contracté une infection nosocomiale engageant la responsabilité de la clinique, la cour d'appel a violé les textes sus-visés* ».

Responsabilité hospitalière – Hôpital – Faute – Préjudice – Indemnisation

[Conseil d'Etat, 29 décembre 2014, n° 365892](#) - En mai 1999, une femme a subi dans un centre hospitalier une césarienne au cours de laquelle une hémorragie utérine s'est déclenchée, justifiant son transfert au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU) en vue d'une embolisation. Elle y a été victime d'un arrêt cardiaque à la suite duquel elle a été placée dans un coma végétatif. Saisi d'un recours indemnitaire, le tribunal administratif a retenu que les médecins du centre hospitalier avaient commis des fautes de nature à engager la responsabilité de cet établissement et ordonné une expertise afin d'évaluer les préjudices. Une cour administrative d'appel a censuré ce jugement en considérant que la responsabilité du centre hospitalier n'était pas engagée. Statuant au contentieux, le Conseil d'Etat a annulé cet arrêt puis, réglant l'affaire au fond, retenu l'existence de fautes médicales ayant fait perdre à l'intéressée une chance d'éviter le dommage et complété la mission de l'expert désigné par le tribunal administratif afin qu'il détermine l'ampleur de la chance perdue.

Le tribunal administratif a alors fixé la perte de chance à 90 % et déterminé les sommes dues par le centre hospitalier à la patiente et aux membres de sa famille. La cour administrative d'appel a confirmé le jugement. Les parents de la patiente ont alors formé un pourvoi en cassation concernant l'indemnisation de l'aide matérielle apportée à leur fille et des frais de déplacement. Par la voie du pourvoi incident, le centre hospitalier demande l'annulation de cet arrêt en tant qu'il fixe à 90 % la perte de chance subie.

Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi incident au motif qu'il ne résulte pas de la motivation de l'arrêt de la cour administrative d'appel « *qu'elle se serait exclusivement fondée sur des statistiques générales, sans tenir compte de la situation particulière de la patiente* ». Il indique également que « *l'indemnisation des frais d'assistance d'une tierce personne ne peut intervenir qu'au profit de la victime, sans préjudice de la possibilité pour les proches de la victime qui lui apportent une assistance d'être indemnisés par le responsable du dommage au titre des préjudices* » et considère que la cour n'a pas commis d'erreur de droit sur ce point. La Haute juridiction administrative estime toutefois que l'évaluation de l'indemnité accordée aux parents de la victime au titre de l'aide matérielle qu'ils apportaient à leur fille et des frais de déplacement qu'ils avaient exposés pour lui rendre visite étaient entachées de dénaturation. Il a donc considéré que l'arrêt devait être annulé en tant qu'il statue sur les conclusions indemnitaires au titre de l'aide matérielle et des frais de déplacement. Le Conseil d'Etat règle définitivement l'affaire au fond en portant la somme à allouer par le centre hospitalier aux parents de la patiente à 66000€ au titre de l'aide matérielle qu'ils ont apporté à leur fille et des frais de déplacement engendrés pour lui rendre visite.

Etablissement public de santé – Hospitalisation – Indemnisation – Préjudice – Intérêt – Taux légal

Conseil d'Etat, 30 décembre 2014, n° 372528 – M. X demande au Conseil d'Etat l'annulation d'un arrêt de la Cour administrative d'appel de Nancy en date du 1er août 2013 en ce qu'il a omis de statuer sur ses conclusions tendant au versement des intérêts au taux légal sur la somme à laquelle le centre hospitalier Y a été condamné à lui verser. Le Conseil d'Etat donne droit à sa demande en considérant que les mémoires en défense de M. X, enregistrés dans l'instance d'appel, comportaient des conclusions d'appel incident « *tendant à la majoration du montant de l'indemnité qui lui avait été accordée au principal* » et ce avec intérêts au taux légal à dater du jugement déféré ; que, par suite, en analysant ces conclusions dans les visas de son arrêt comme tendant à la condamnation du centre hospitalier Y à lui verser une indemnité majorée des intérêts au taux légal à compter de la date du présent arrêt « *la cour administrative d'appel de Nancy s'est méprise sur la portée des écritures de M.X ; qu'elle a en outre entaché son arrêt d'une omission à statuer sur les conclusions dont celui-ci l'avait saisie et tendant au versement des intérêts au taux légal, à compter de la date du jugement du tribunal administratif de Besançon du 26 juin 2008, sur la somme de 71 845,75 euros, alors qu'elle a réformé ce même jugement en réduisant le montant de l'indemnité allouée à M.X* ».

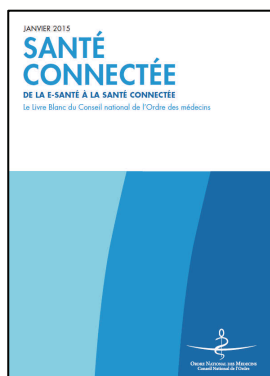
FRAIS DE SÉJOUR

Aide médicale de l'Etat (AME) – Prise en charge

[Décret n° 2015-120 du 3 février 2015](#) relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat – Ce décret vient compléter la liste des prestations qui ne sont pas prises en charge pour les bénéficiaires de l'AME pour y inclure les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible. Par ailleurs, il abroge les articles R. 251-2 et R. 251-3 du code de l'action sociale et des familles, relatifs à la procédure d'agrément préalable pour les soins hospitaliers coûteux dispensés aux bénéficiaires majeurs de l'AME, cette procédure ayant été supprimée par la loi de finances rectificative pour 2012.

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – E-santé



[Le livre blanc du CNOM « De la e-santé à la santé connectée »](#) - Janvier 2015 – « *Le CNOM observe avec intérêt que le débat sur la santé connectée s'est ouvert à la CNIL, dans des cercles de réflexion consacrés au numérique, dans les institutions du monde de la santé et au sein même de la Commission européenne. Ce livre blanc a vocation à enrichir le débat public. Il n'apporte pas des réponses péremptoires. Il pose des interrogations éthiques et déontologiques dans l'accompagnement des évolutions de nos sociétés et y apporte des éléments de réflexion.* ».

PUBLICATIONS AP-HP

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

