

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 17 au 30 décembre 2011

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

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

Hyda DUBARRY

Clémence DULIERE

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

Sécurité sociale	page 2
Réglementation sanitaire	page 3
Organisation hospitalière	page 4
Organisation des soins	page 6
Informatique	page 8
Droits du patient	page 8
Personnel	page 9
Responsabilité civile des professionnels de santé	page 12
Responsabilité hospitalière	page 13
Patrimoine	page 13
Marchés publics	page 14
Publications	page 15

Avec tous nos meilleurs vœux
pour la nouvelle année

SÉCURITÉ SOCIALE

[Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011](#) de financement de la sécurité sociale pour 2012 – La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 comprend 129 articles dont sept ont fait l'objet d'une censure du Conseil constitutionnel (cinq articles portant sur l'assurance maladie et deux sur l'organisation des caisses de sécurité sociale).

Le déficit de l'assurance maladie (régime général) est prévu à 5,9 milliards d'euros en 2012 et celui du régime général de la sécurité sociale à 13,8 milliards (un total de 19,7 milliards en tenant compte de l'ensemble des régimes et du fonds de solidarité vieillesse).

La LFSS pour 2012 renforce les attributions de la Haute autorité de santé (HAS) dans l'évaluation médico-économique des produits de santé avec notamment des incidences sur la fixation de leur prix. Elle revoit aussi le dispositif de régulation des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation en distinguant médicaments et dispositifs médicaux.

Dans le cadre de la réforme du circuit du médicament, la loi relève le montant de plusieurs taxes finançant l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) – devenue, avec la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La loi porte création d'un Fonds d'intervention régional (FIR), géré par les agences régionales de santé (ARS) et destiné à leur donner davantage de marges d'action.

En outre, la LFSS pour 2012 prévoit l'introduction d'objectifs de performance dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements. Enfin une expérimentation sera menée sur cinq ans sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers.

Dans le domaine médico-social, la loi prévoit le lancement de deux expérimentations, l'une (sur trois ans) de modulation des tarifs en fonction de la qualité des prestations dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et l'autre (sur cinq ans) de dérogations tarifaires sur les secteurs sanitaire et médico-social pour éviter l'hospitalisation des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Enfin, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération pour les professionnels de santé libéraux en exercice regroupé (maisons de santé, pôles de santé et centres de santé) sont prolongées d'un an, jusqu'au 1er janvier 2014.

[Arrêté du 27 décembre 2011](#) relatif à l'application des articles R. 376-1 et R. 454-1 du code de la sécurité sociale – Ce texte porte sur les modalités d'évaluation des pensions d'invalidité.

[Rapport annuel 2011](#) du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Assurance maladie – Remboursement – Accès aux soins) - Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) vient de mettre en ligne, sur son site internet, son rapport annuel 2011. Ce rapport se divise en deux parties principales, le Haut Conseil prenant position d'une part sur la problématique de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) et de la définition des objectifs régionaux, et d'autre part sur l'accessibilité financière des soins et la question du « reste à charge ». Cet outil comporte également les deux premiers volets de son tableau de bord annuel consacré à l'accessibilité financière des soins et à la situation financière de l'Assurance maladie.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011](#) relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Cette loi comporte 48 articles et a été publiée à la suite des dysfonctionnements constatés dans l'affaire Mediator. Elle fait notamment disparaître l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) au profit de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette nouvelle agence devra être mise en œuvre au plus tard le 1er août 2012.

Ce texte prévoit également l'obligation d'une déclaration publique d'intérêts pour les experts et personnels des agences sanitaires et les conseillers des cabinets ministériels, l'application de dispositions anti-cadeaux aux étudiants ainsi que l'expérimentation sur deux ans de la visite médicale collective à l'hôpital. D'autres dispositions de cette loi sont relatives aux autorisations de mises sur le marché de médicaments (AMM), aux prescriptions hors AMM, à la pharmacovigilance, aux dispositifs médicaux, à la prescription et la dispensation de médicaments ainsi qu'au dossier pharmaceutique.

[Arrêté du 30 novembre 2011](#) portant homologation de la décision n° 2011-DC-0238 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 23 août 2011 relative aux qualifications au sens de l'article R. 1333-38 du code de la santé publique requises pour les personnes responsables d'une activité nucléaire à des fins médicales en application de l'article R. 1333-43 du code de la santé publique et abrogeant des arrêtés

[Arrêté du 1er décembre 2011](#) abrogeant l'arrêté du 9 janvier 2004 définissant les modalités d'agrément des organismes chargés des contrôles en radioprotection en application de l'article R. 1333-44 du code de la santé publique

[Arrêté du 20 décembre 2011](#) relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire dans le cadre du plan grand froid - Des réservistes appartenant à la réserve sanitaire et relevant de la catégorie des anciens professionnels de santé et des étudiants poursuivant des études médicales sont mobilisés pendant la période hivernale 2011-2012 pour mettre en œuvre les dispositions du plan grand froid. Le nombre de réservistes mobilisés et leur lieu d'affectation sont fixés en annexe de cet arrêté. L'affectation de ces réservistes par arrêté préfectoral est subordonnée au déclenchement du niveau 2 ou du niveau 3 du plan grand froid et a lieu, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, auprès des associations en charge d'organiser les maraudes sociales.

[Arrêté du 26 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu

[Arrêté du 23 décembre 2011](#) relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap

[Arrêté du 26 décembre 2011](#) fixant la liste des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et des laboratoires associés

[Circulaire DGS/PP2 n° 2011-88 du 12 octobre 2011](#) relative à l'application de l'article 75 de la convention d'application de l'accord de Schengen - Ce texte vient préciser les conditions d'obtention de l'autorisation de transport requise pour les personnes qui se déplacent au sein de l'espace Schengen avec un traitement médical à base de certains médicaments stupéfiants ou contenant des substances psychotropes.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

[Arrêté du 12 décembre 2011](#) relatif à la création de la direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris – Il est créé au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, au sein des services déconcentrés de la direction générale des finances publiques, une direction spécialisée des finances publiques pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris. Dirigée par un directeur ayant la qualité de comptable public, cette direction assure des missions particulières relatives au recouvrement des recettes publiques, au paiement des dépenses publiques ainsi qu'à la gestion financière et comptable de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

[Arrêté du 12 décembre 2011](#) fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2012

[Arrêté du 12 décembre 2011](#) fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

[Arrêté du 14 décembre 2011](#) fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat (AME) - Pris en application de la loi de finances rectificative pour 2011 et en particulier de son art. 50 réformant la tarification hospitalière des bénéficiaires de l'AME, l'arrêté du 14 décembre 2011 prévoit notamment pour les établissements publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), que le remboursement des prestations d'hospitalisation des bénéficiaires de l'AME sera effectué sur la base de l'addition de plusieurs montants: la somme de certains tarifs majorés éventuellement d'un coefficient géographique, les tarifs à 100% des spécialités et produits de la liste en sus et le forfait journalier.

Pour mémoire, cette réforme a été préconisée par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des finances (IGF) dans un rapport de décembre 2010, qui estimait que l'économie pour le budget de l'Etat supportant l'AME serait de 130 millions d'euros sur 540 millions de dépenses en 2009. Le manque à gagner pour les hôpitaux devant faire l'objet, selon le rapport, de "mesures compensatoires transitoires".

[Circulaire n° DSS/1A/DGOS/R5/2011/468 du 14 décembre 2011](#) relative à la mise en œuvre de la nouvelle tarification des séjours MCO des patients relevant de l'aide médicale de l'Etat (AME) – Cette circulaire en date du 14 décembre 2011 également présente les modalités de mise en œuvre des nouvelles règles de tarification lesquelles entendent notamment : rapprocher la tarification de ces séjours du droit commun de la tarification à l'activité ; prendre en compte les spécificités liées à la prise en charge des patients AME par la mise en œuvre d'un coefficient pérenne de majoration de la tarification ; lisser les impacts financiers de cette réforme sur les recettes des établissements à travers l'instauration d'un coefficient additionnel transitoire de majoration de la tarification.

[Arrêté du 16 décembre 2011](#) portant modification de l'arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé

[Arrêté du 19 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale - L'article L. 174-6 du Code de la Sécurité sociale, dans ses dispositions introduites par la loi du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009, prévoit que "les ministres chargés de la Sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée (...) ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds". L'arrêté du 19 décembre 2011 vient notamment modifier la valeur annuelle du point servant au calcul du tarif plafond.

[Arrêté du 19 décembre 2011](#) fixant pour l'année 2011 le taux de la contribution visée au premier alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Cet arrêté fixe le taux de la contribution pour l'année 2011 versée notamment par les établissements publics de santé au Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

[Arrêté du 20 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement - Ces modifications, qui entreront en vigueur le 1^{er} mars 2012, concernent l'annexe I de l'arrêté du 31 décembre 2004 et seront publiées au Bulletin officiel du ministère du travail, de l'emploi et de la santé sous la référence 2012-7 bis.

[Arrêté du 20 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique - Ces modifications, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2012, concernent l'annexe I de l'arrêté du 29 juin 2006 et seront publiées au Bulletin officiel du ministère du travail, de l'emploi et de la santé sous la référence 2012-4 bis.

[Arrêté du 20 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique - Ces modifications, qui entreront en vigueur le 1^{er} mars 2012, concernent les annexes I et II de l'arrêté du 28 février 2008 et seront publiées au Bulletin officiel du ministère du travail, de l'emploi et de la santé sous les références respectives 2012-5 bis et 2012-6 bis.

[Arrêté du 22 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 29 mars 2011 modifié fixant pour l'année 2011 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

[Circulaire DSS/DGOS/MCGR n° 2011-395 du 20 octobre 2011](#) relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé – Cette circulaire définit, pour mise en œuvre par les régimes d'assurance maladie et les agences régionales de santé, les évolutions des dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé, consécutives au [décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011](#) et aux mesures l'accompagnant.

Pour mémoire ce décret est venu renforcer le caractère contradictoire de la procédure en permettant aux établissements de présenter leurs observations à la commission de contrôle et en allongeant le délai qui leur est laissé pour présenter leurs observations sur le rapport de contrôle. Le montant maximal de la sanction sera par ailleurs calculé en fonction du taux d'anomalies sur l'échantillon contrôlé et limité à dix fois la différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur cet échantillon. Pour le recouvrement des indus, les organismes locaux d'assurance maladie procéderont à la compensation entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon.

[Circulaire DGOS/DGFIP/PF/PF1/CL1B interministérielle n° 2011-391 du 10 octobre 2011](#) relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé - Cette circulaire et le guide qui la complète précisent les orientations stratégiques et le calendrier général préconisés pour fiabiliser les comptes de l'ensemble des établissements publics de santé et faciliter la préparation de la certification des comptes des établissements soumis à terme à cette obligation.

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) [Cahier des charges type « Informatisation de la gestion des rendez-vous patient »](#) - L'ANAP a élaboré un cahier des charges type relatif à "l'informatisation de la gestion des rendez vous patient" à partir duquel les établissements de santé peuvent rédiger leur propre cahier des charges. Ce document de 86 pages, répond en priorité aux besoins des structures de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais peut être adapté à d'autres structures. Il sera complété par une version dite "avancée".

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

ORGANISATION DES SOINS

[Arrêté du 21 décembre 2011](#) relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique - Cet arrêté prévoit les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, identifiées dans le schéma régional d'organisation des soins (Sros). Il dispose que la définition des zones "tient compte des priorités d'action prévues dans le Sros en matière de répartition géographique" et qu'elles comprennent "une part de la population régionale inférieure ou égale à la part de la population" figurant dans un tableau annexé à l'arrêté, relatif au niveau de population en zone dite fragile.

Cour des comptes, [Rapport public thématique, L'organisation des soins psychiatriques](#) : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2010), décembre 2011 - La Cour des comptes a publié son rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010). Elle conclut à ce que les mesures annoncées dans ce plan n'ont que partiellement été mises en œuvre. La Cour des comptes relève notamment, lors de son enquête, que l'hospitalisation complète des patients demeure encore excessive, "faute de solutions d'aval, mais aussi de possibilités suffisamment développées de prises en charge alternatives en amont" et que *"le dispositif de prise en charge psychiatrique des quelque 260 000 détenus et personnes placées sous main de justice a globalement, mais inégalement, progressé ces dernières années"*. Elle souligne également l'insuffisance de pilotage de ce plan de santé mentale ainsi que la fragilité de l'organisation territoriale.

La Cour élabore 26 recommandations et envisage notamment de *"continuer à développer et à diversifier l'offre sanitaire extrahospitalière, médico-sociale et sociale, notamment pour renforcer l'autonomisation et la réinsertion sociale des personnes, (...) mettre aux normes hospitalières établies en 2011 l'ensemble des locaux pénitentiaires où sont délivrés des soins, (...) renforcer le pilotage et le suivi nationaux et régionaux de la psychiatrie, (...) déterminer les conditions d'autorisation et de fonctionnement de chacune des diverses activités pouvant exister en psychiatrie (...)"*.

Haute autorité de santé (HAS), Recommandation de bonne pratique « [Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge](#) », décembre 2011 - La HAS publie ce mois-ci de nouvelles recommandations de bonne pratique relatives à la "Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge". Les différents thèmes abordés par ce document sont les suivants : la conduite à tenir devant un trouble cognitif, la conduite à tenir devant la suspicion d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, les éléments du diagnostic étiologique de la maladie neuro-dégénérative ou vasculaire, la mise en place de la prise en charge, les traitements médicamenteux spécifiques, les interventions non médicamenteuses, les interventions portant sur les aidants (familiaux et professionnels) ainsi que les éléments du suivi.

HAS, Recommandation de bonne pratique « [Certificat médical initial concernant une personne victime de violences](#) », octobre 2011 - Cette recommandation de bonne pratique vise notamment à expliquer le sens de la mission médico-légale du médecin, et ainsi améliorer et harmoniser les constatations médicales initiales et leur formalisation dans un certificat concernant toutes les victimes de violences volontaires ou blessures involontaires, physiques ou psychiques, quel que soit le médecin consulté. Elle a également pour objectif d'améliorer la détermination de l'incapacité totale de travail et de rappeler aux médecins qu'ils ont toujours la possibilité d'orienter la victime, qui se présente spontanément, vers une structure médicalisée spécialisée. Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée à la demande de la Direction générale de la santé et de la Collégiale des médecins légistes hospitaliers et hospitalo-universitaires.

INFORMATIQUE

[Décret n° 2011-2023 du 29 décembre 2011](#) relatif aux pouvoirs de contrôle et de sanction de la Commission nationale de l'informatique et des libertés - Ce décret précise les conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention statue sur l'autorisation de contrôle sur place effectué par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). S'agissant de la procédure applicable devant la formation restreinte de la CNIL, le décret tire les conséquences de la modification opérée par la [loi n° 2011-334 du 29 mars 2011](#) relative au Défenseur des droits qui a notamment fait du président de la CNIL la seule autorité de poursuite. Il organise la procédure applicable devant cette formation restreinte et précise le déroulement de ses séances. Enfin, il substitue à la compétence de la commission celle de la formation restreinte pour les sanctions prononcées selon la procédure d'urgence.

DROITS DU PATIENT

[Conseil constitutionnel, 30 septembre 2011](#), n° 2011-173 QPC (Personne décédée – Expertise génétique – Conditions de réalisation) - Saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel a été amené à se prononcer sur les conditions de réalisation des expertises génétiques sur une personne décédée à des fins d'actions en matière de filiation et plus particulièrement sur la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit (et plus particulièrement le respect de la vie privée et le droit de mener une vie familiale normale) de la dernière phrase du 5^{ème} alinéa de l'article 16-11 du Code civil. Cet article précise les cas dans lesquels l'identification d'une personne par ses empreintes génétiques peut être recherchée. Les empreintes génétiques d'une personne décédée peuvent l'être en exécution d'une mesure d'instruction ordonnée par le juge saisi d'une action tendant soit à l'établissement ou la contestation d'un lien de filiation, soit à l'obtention ou la suppression de subsides. Le consentement de l'intéressé doit par ailleurs être préalablement et expressément recueilli. La dernière phrase du 5^{ème} alinéa qui est en l'espèce contestée dispose que « *sauf accord exprès de la personne manifesté de son vivant, aucune identification par empreintes génétiques ne peut être réalisée après sa mort* ».

Or, le Conseil constitutionnel estime qu'il ne lui appartient pas de substituer son appréciation à celle du législateur sur la prise en compte, en cette matière, du respect dû au corps humain. Il indique également qu'en précisant que les personnes décédées sont présumées ne pas avoir consenti à une identification par empreintes génétiques, le législateur a voulu faire obstacle aux exhumations et assurer ainsi le respect dû aux morts.

[Cour européenne des droits de l'homme, 3 novembre 2011](#), affaire 57813/00 (Don de gamètes) - Concernant le don de gamètes, la Grande chambre de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) précise qu'un Etat n'a pas l'obligation d'autoriser le recours à un tiers donneur pour permettre la conception in vitro d'un enfant. En l'espèce, deux couples mariés avaient fait grief aux dispositions de la loi autrichienne relative à la procréation artificielle de prohiber la fécondation in vitro avec don de gamètes, qui était selon eux la seule technique médicale qui leur aurait permis de concevoir un enfant, et de violer leurs droits au regard de la Convention européenne des droits de l'homme. La CEDH rejette la requête en considérant qu'un Etat ne commet pas une ingérence violant l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme relative au droit au respect de la vie privée, en ne légalisant pas la procréation artificielle avec don de gamètes.

PERSONNEL

[Décret n° 2011-2031 du 29 décembre 2011](#) modifiant le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - [Le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010](#) pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière fixe le cadre réglementaire relatif aux concessions de logement pour nécessité absolue de service et pour utilité de service au sein de la fonction publique hospitalière.

Le présent décret prolonge la période transitoire prévue à l'article 16 du décret du 8 janvier 2010 pour une durée supplémentaire d'un an, soit jusqu'au 11 janvier 2013, afin de permettre à l'ensemble des établissements de bénéficier d'un délai supplémentaire pour le règlement des situations individuelles concernées par ce nouveau dispositif.

[Décret n° 2011-1953 du 23 décembre 2011](#) relatif à l'agrément des experts auprès du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail - Ce décret modifie les conditions et la procédure d'agrément des experts auxquels les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) peuvent faire appel, afin de garantir la qualité des expertises. Il renforce, en particulier, les exigences en ce qui concerne les compétences des experts et les règles déontologiques qui s'imposent à eux. Il complète les informations devant être communiquées dans le cadre des demandes d'agrément et précise les conditions d'instruction de ces demandes. Il introduit un contrôle continu de l'activité des experts ainsi que la possibilité de suspendre leur agrément.

[Arrêté du 23 décembre 2011](#) fixant les obligations des experts agréés auxquels le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel et les modalités d'instruction des demandes d'agrément - Parmi les obligations professionnelles et méthodologiques, telles que désormais prévues à l'article R. 4614-9 du [code du travail](#), figurent selon cet arrêté la capacité de l'expert à : préciser l'historique, le contexte, le contenu et les enjeux de la demande formulée par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ; à rappeler le cadre juridique de l'expertise ; à établir un diagnostic ; à présenter de manière pédagogique des propositions d'actions et de solutions concrètes sur la base de ce diagnostic ; à mobiliser les compétences nécessaires à la réalisation de l'expertise. Lors de son intervention, l'expert doit apporter aux différents acteurs toutes les garanties nécessaires en matière de déontologie. Ce texte entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

[Arrêté du 28 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 26 novembre 2004 modifié portant application du décret n° 2004-569 du 18 juin 2004 relatif à la retraite additionnelle de la fonction publique

[Arrêté du 16 décembre 2011](#) fixant le modèle du formulaire « Demande d'allocation journalière d'accompagnement à domicile d'une personne en fin de vie »

[Arrêté du 13 décembre 2011](#) fixant le modèle du formulaire « Avis d'arrêt de travail relatif au congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique »

[Arrêté du 13 décembre 2011](#) fixant le modèle du formulaire « Déclaration d'accident du travail ou d'accident de trajet »

[Arrêté du 8 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 27 juillet 2010 modifié relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation – Cet arrêté contient en annexe le nouveau modèle de contrat type d'engagement de service public. Pour mémoire, la loi HPST du 21 juillet 2009 a modifié le code de l'éducation en créant à l'article L. 632-6 un contrat d'engagement de service public à destination des étudiants et internes en médecine. La signature de ce contrat durant les études de médecine ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle. En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions dans les lieux où l'offre médicale fait défaut, pour une durée égale à celle du versement de l'allocation.

[Arrêté du 6 décembre 2011](#) relatif à la formation et aux missions de la personne spécialisée en radiophysique médicale et à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants étrangers pour l'exercice de ces missions en France

[Instruction DGOS/RH1/2011/470 du 14 décembre 2011](#) relative à la mise en œuvre des évaluations dans le cadre de la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier - Cette instruction présente les modalités de rattrapage des étudiants en soins infirmiers en 3ème année ayant à rattraper des unités d'enseignement (UE) des semestres 1 à 4 et vient préciser que ces étudiants passent les évaluations en même temps que les étudiants de 1ère et 2ème année.

[Circulaire DREES/BPS n° 2011-383 du 7 octobre 2011](#) relative à l'enquête sur les établissements de formation aux diplômes de la santé

[Circulaire DREES/ESPAS n° 2011-384 du 7 octobre 2011](#) relative à l'enquête auprès des établissements qui dispensent les formations préparant aux diplômes du travail social visés au titre V du code de l'action sociale et des familles (art. D. 451-11 à D. 451-104)

[Note d'analyse du Centre d'analyse stratégique](#), décembre 2011, n° 254 relative aux coopérations entre professionnels de santé (Coopération professionnelle – Télésanté) - Le Centre d'analyse stratégique (CAS), qui est une institution d'expertise et d'aide à la décision appartenant aux services du Premier ministre, vient de publier une note d'analyse relative aux coopérations entre professionnels de santé lesquelles permettraient, sous certaines conditions, de mieux adapter l'offre aux besoins des patients et d'améliorer l'efficacité du système de santé en diminuant le poids des dépenses hospitalières. Cette évolution suppose une politique volontariste de soutien aux structures pluridisciplinaires et la reconnaissance juridique des nouvelles compétences acquises. Parmi ces propositions, le CAS souhaite la création d'un statut et d'un diplôme d'infirmier clinicien en soins primaires, l'expérimentation d'une consultation infirmière de première ligne dans quelques maisons de santé, l'instauration d'une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques assurée par l'infirmier clinicien, l'expérimentation des modes de rémunération à la performance collective et enfin la structuration de l'offre de formation en soins primaires en créant pour l'ensemble des étudiants en santé un stage obligatoire de prise en charge en soins primaires et en mettant en place un statut de professeur universitaire – praticien ambulatoire (PU-PA).

[Assemblée nationale, question écrite n° 4380](#), réponse ministérielle du 15 novembre 2011 (Personnel – Marché public – Principe de neutralité) - La question posée devant l'Assemblée Nationale porte sur le point de savoir si une entreprise titulaire d'un marché public, par exemple une société de nettoyage ou de restauration, doit faire respecter par ses employés le principe de neutralité auquel est soumis tout agent de la fonction publique du fait de sa participation directe ou indirecte au service public.

La réponse est positive dans la mesure où ces personnels sont tenus de respecter à l'identique, en tant que chargés d'une mission de service public, les obligations qui incombent à tous les agents publics, parmi lesquelles figure le respect du principe de laïcité et ce, quel que soit leur statut. Il est également précisé que ce principe fait obstacle à ce que les agents publics disposent dans le cadre du service public, du droit de manifester leurs croyances religieuses et à l'identique les agents de droit privé collaborant à une mission de service public.

Jurisprudences :

[Tribunal administratif de Paris, 1^{er} décembre 2011](#), n° 0919874/5-2 (Agent – Infraction pénale – Sanction disciplinaire) - Par ce jugement, le tribunal administratif de Paris considère qu'il est possible d'appliquer une sanction disciplinaire à l'égard d'un agent pour des faits commis en dehors des fonctions lorsque ces faits entachent gravement l'honneur et la considération de la fonction exercée. En l'espèce, un agent technique exerçant au sein d'un établissement public de santé a été reconnu coupable devant le tribunal de grande instance d'agressions sexuelles sur mineur de moins de quinze ans et condamné à une peine d'emprisonnement de cinq ans assortie d'un sursis de deux ans. Un arrêté de révocation est pris à son encontre après l'engagement d'une procédure disciplinaire. Les juges ont considéré que la décision du directeur de cet établissement public de santé était suffisamment motivée en faisant état des condamnations pénales prononcées à l'encontre de cet agent et en rappelant les faits reprochés et leur gravité. Le tribunal administratif précise également que « *ne peuvent, en règle générale, être sanctionnées disciplinairement que les fautes commises par les fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions ; que, toutefois, les faits commis par un fonctionnaire en dehors du service peuvent être constitutifs de fautes disciplinaires lorsque, eu égard à la nature des fonctions de l'intéressé, à l'étendue de ses responsabilités et à leur gravité, ils peuvent avoir un retentissement sur le service en jetant un discrédit sur la fonction qu'exerce l'agent ou en entachant gravement l'honneur et la considération qui lui sont portés* ».

[Conseil d'Etat, 23 novembre 2011](#), n° 324669 (Etablissement de santé – Formation – Fonctionnaire hospitalier – Prise en charge financière) - En l'espèce, une infirmière, admise au sein d'un Institut des cadres hospitaliers a demandé à son employeur, un centre hospitalier universitaire (CHU), d'assurer la prise en charge financière de sa scolarité dans le cadre des études promotionnelles inscrites au plan de formation de l'établissement public de santé. Toutefois, le CHU a refusé de prendre en charge ces frais. Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi du CHU aux motifs que « *l'existence d'un plan de formation au sein d'un établissement hospitalier implique que ses agents disposent d'un droit à suivre les actions de formation qui y sont inscrites* ». La Haute juridiction administrative précise que « *ce droit s'exerce sous réserve, d'une part, de l'adéquation de la demande de l'agent avec les objectifs et moyens du plan et, d'autre part, de l'intérêt du service à la date où est formulée la demande* ».

[Conseil d'Etat, 7 décembre 2011, n° 337972 \(Directeur d'un établissement public de santé – Praticiens hospitaliers – Affectation\)](#) - Par cet arrêt, le Conseil d'Etat affirme que sauf urgence, le directeur d'un établissement public de santé ne peut pas décider seul de la mutation d'un praticien hospitalier. En effet, la Haute juridiction administrative considère que « *le directeur d'un centre hospitalier qui, aux termes de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, peut légalement, lorsque la situation exige qu'une mesure conservatoire soit prise en urgence pour assurer la sécurité des malades et la continuité du service, décider de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre, sous le contrôle du juge et à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné ; qu'en revanche, il ne peut légalement décider la mutation d'un praticien, au sein d'un pôle d'activité ou d'un pôle à un autre, sans avoir recueilli la proposition du responsable du pôle où ce praticien est appelé à travailler et du président de la commission médicale d'établissement, à moins qu'il soit nécessaire pour la sécurité des malades et la continuité du service d'affecter immédiatement et à titre provisoire le praticien intéressé à de nouvelles fonctions* ».

RESPONSABILITÉ CIVILE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

[Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012](#) - Cette loi crée un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral, lorsque ces dommages engagent leur responsabilité civile professionnelle. La gestion de ce fonds est confiée à la Caisse centrale de réassurance (CCR). Plus précisément, ce fonds indemniserá les victimes de sinistres pour la part de l'indemnité qui excède un seuil fixé par décret ou, s'il est supérieur, le plafond de garantie du contrat d'assurance du professionnel concerné.

Le fonds sera alimenté par une contribution obligatoire annuelle de tous les professionnels de santé et non des seules professions de santé à risque. Le montant de cette contribution, qui pourra être modulé en fonction de la profession exercée, sera compris entre 15 et 25 euros par an. Il est à noter que le fonds ne pourra pas intenter d'action récursoire contre les professionnels de santé responsables des dommages concernés et que l'ONIAM interviendra uniquement en cas d'expiration de la couverture d'assurance des professionnels de santé exerçant une spécialité à risque. Les cas d'expiration de garantie lorsque les professionnels ont cessé leur activité relèveront désormais du fonds de garantie. Un décret en Conseil d'Etat est attendu afin de définir les modalités d'application de ces dispositions.

Celles-ci seront applicables à tous les accidents médicaux qui ont fait l'objet d'une réclamation à partir du 1er janvier 2012, quelle que soit la date du fait générateur.

[Décret n° 2011-2030 du 29 décembre 2011](#) relatif aux plafonds de garantie mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique - Ce décret fait suite à la parution de la [loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012](#) et relève les plafonds de garantie des contrats d'assurance des professionnels de santé libéraux en modifiant l'article R. 1142-4 du Code de la santé publique. Ces plafonds passe de 3 millions d'euros à 8 millions d'euros par sinistre et de 10 à 15 millions d'euros par année d'assurance. Les dispositions de ce décret sont applicables aux contrats conclus, renouvelés ou modifiés à compter du 1er janvier 2012.

[Décret n° 2011-2032 du 29 décembre 2011](#) relatif au seuil maximum prévu à l'article D. 185-1 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale - Toujours pour faire suite à la parution de la [loi de finances pour 2012](#), ce décret a pour objet de relever les plafonds de l'aide financière accordée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés pour l'acquisition d'une assurance en responsabilité civile accordée à certains professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, réanimateurs médicaux et chirurgiens engagés dans une démarche d'accréditation de la qualité de leur pratique professionnelle). Il est précisé que ce texte entre en vigueur le 1er janvier 2012.

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

[Conseil d'Etat, 11 octobre 2011](#), n° 328500 (Responsabilité hospitalière – Infection nosocomiale – Origine endogène ou exogène – Cause étrangère) - Par cet arrêt, le Conseil d'Etat adopte une définition stricte en matière d'infections nosocomiales en affirmant que la distinction entre les infections nosocomiales d'origine endogène et celles d'origine exogène n'est plus efficace au motif que l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique fait peser sur l'établissement de santé la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient endogènes ou exogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère ne soit rapportée.

[Conseil d'Etat, 2 décembre 2011](#), n° 347609 (Décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011 – Indemnisation – Solidarité nationale) - En l'espèce, deux associations ont introduit un recours en annulation pour excès de pouvoir du [décret n° 2011-76 du 19 janvier 2011](#) relatif au caractère de gravité des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales prévu à l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Le Conseil d'Etat estime que les dispositions du II de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique n'ont prévu la réparation, au titre de la solidarité nationale, des préjudices résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale que lorsqu'ils présentent un caractère de gravité. Il rejette ainsi la demande de ces associations en considérant que « *le législateur, en renvoyant au décret la détermination des éléments à prendre en compte pour mesurer cette gravité, a entendu que le pouvoir réglementaire fixe, s'agissant du déficit fonctionnel temporaire, non seulement, aux termes d'une énumération non limitative, la durée de ses effets, mais aussi son intensité ; que, par suite, en choisissant d'exprimer ce seuil de gravité sous la forme d'un taux, le pouvoir réglementaire n'a méconnu ni les dispositions du II de l'article L. 1142-1, ni l'objectif à valeur constitutionnelle d'intelligibilité de la norme, ni le principe de sécurité juridique, ni le principe d'égalité* ».

PATRIMOINE

[Décret n° 2011-2018 du 29 décembre 2011](#) portant réforme de l'enquête publique relative aux opérations susceptibles d'affecter l'environnement - Pris en application des articles 236 et suivants de la loi n° 2010-788 du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, ce décret procède aux modifications réglementaires rendues nécessaires par le regroupement des enquêtes publiques existantes en deux catégories principales : l'enquête publique relative aux opérations susceptibles d'affecter l'environnement régie par le code de l'environnement et l'enquête d'utilité publique régie par le code de l'expropriation pour cause d'utilité publique.

[Décret n° 2011-2019 du 29 décembre 2011](#) portant réforme des études d'impact des projets de travaux, d'ouvrages ou d'aménagements - Ce décret réforme le contenu et le champ d'application des études d'impact sur l'environnement des projets de travaux, d'ouvrages ou d'aménagements. Désormais, seuls sont soumis à étude d'impact les projets mentionnés en annexe à l'article R. 122-2 du code de l'environnement (cet annexe figure dans le décret). En fonction de seuils qu'il définit, le décret impose soit une étude d'impact obligatoire en toutes circonstances, soit une étude d'impact au cas par cas, après examen du projet par l'autorité de l'Etat compétente en matière d'environnement. Il définit également le contenu du « cadrage préalable » de l'étude d'impact, qui peut être demandé par le maître d'ouvrage à l'autorité administrative compétente pour autoriser les projets.

[Tribunal des conflits, 6 juin 2011](#), n° 3806 (Juge – Compétence – Contrat de vente de biens immobiliers du domaine privé de l'Etat) - Par cet arrêt, le Tribunal des conflits s'est prononcé sur la question de savoir à quel juge, administratif ou judiciaire, il appartient de connaître des litiges relatifs aux contrats de vente de biens immobiliers du domaine privé de l'Etat. En l'espèce, une société avait acquis aux enchères publiques des biens du domaine privé de l'Etat puis avait saisi le juge judiciaire sur le fondement du cahier des charges. Le Tribunal des conflits considère que « *les dispositions de l'article L. 3231-1 du code général de la propriété des personnes publiques, selon lequel les litiges relatifs aux cessions de biens immobiliers de l'Etat doivent être portés devant la juridiction administrative, ont pour effet de soustraire à la compétence de l'autorité judiciaire ceux relatifs aux contrats de vente de biens immobiliers dépendant du domaine privé de l'Etat et à leur exécution* ».

MARCHÉS PUBLICS

[Décret n° 2011-2027 du 29 décembre 2011](#) modifiant les seuils applicables aux marchés et contrats relevant de la commande publique - Ce décret vient modifier les seuils de procédure formalisée applicables aux marchés publics, aux marchés passés par les pouvoirs adjudicateurs et entités adjudicatrices non soumis au [code des marchés publics](#), aux contrats de partenariat et aux concessions de travaux publics conformément au règlement (UE) de la Commission européenne fixant le montant des seuils communautaires applicables à compter du 1er janvier 2012 jusqu'au 31 décembre 2013. La valeur de ces seuils est mise à jour par la Commission européenne tous les deux ans pour tenir compte de la fluctuation des cours monétaires.

PUBLICATIONS AP-HP

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

