

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1<sup>er</sup> au 17 décembre 2012

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Personnel	<a href="#">page 2</a>
Sécurité sociale	<a href="#">page 4</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 5</a>
Droits des patients	<a href="#">page 7</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 9</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 9</a>
Publications	<a href="#">page 11</a>

Pôle de la Réglementation  
Hospitalière et de la Veille  
Juridique

Hylda DUBARRY

Ahmed EI DJERBI

Françoise FONTENAUD

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN-  
MARIS

Audrey VOLPE

**Nous vous souhaitons  
de très joyeuses fêtes de fin d'année**

## **PERSONNEL**

### **Fonctionnaire hospitalier – agent public – CET – durée du travail – congés annuels**

[Décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012](#) modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière – Ce texte vient fixer de nouvelles règles de gestion et d'utilisation des comptes épargne-temps (CET) dans la fonction publique hospitalière. Notamment, lorsque le nombre de jours inscrits sur un CET est supérieur à un certain seuil, le décret ouvre la possibilité, pour le nombre de jours excédentaires, d'opter : pour un maintien sur le CET dans la limite d'un plafond ; pour une indemnisation à hauteur d'un montant forfaitaire par catégorie statutaire fixé par arrêté ; ou pour un abondement en points d'épargne retraite additionnelle si le titulaire du compte est un fonctionnaire. L'agent doit exercer son droit d'option au plus tard le 31 mars de l'année suivante et son choix est irrévocable.

Par ailleurs, ce texte prévoit l'obligation pour les établissements de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné. En cas de mutation, ce passif, correspondant au nombre de jours restant sur le CET, est transféré au nouvel établissement d'affectation.

### **Fonctionnaire hospitalier – agent public – CET**

[Arrêté du 6 décembre 2012](#) pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière – Cet arrêté vient préciser différents seuils relatifs à la gestion et à l'utilisation des CET.

### **Développement professionnel continu (DPC) – formation – organisme gestionnaire**

[Arrêté du 12 décembre 2012](#) relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique

### **Centre national de gestion (CNG) – financement – contribution – établissements de santé**

[Arrêté du 6 décembre 2012](#) fixant pour l'année 2012 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

### **CNG – conseil d'administration – composition**

[Décret n° 2012-1353 du 5 décembre 2012](#) relatif à la composition du conseil d'administration du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

### **Fonctionnaire hospitalier – carrière – taux de promotion – adjoint administratif - permanencier auxiliaire de régulation médicale – infirmier en soins généraux – aide-soignant**

[Arrêté du 7 décembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 modifié déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière

### **Elèves directeurs – concours d'admission – cycle de formation – directeur d'hôpital – CNG - EHESP**

[Arrêté du 29 novembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 28 janvier 1991 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs organisé par l'Ecole des hautes études en santé publique pour l'accès aux emplois du personnel de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Parmi les modifications apportées par ce texte figure notamment l'ajout d'une épreuve de « note de synthèse » aux écrits du concours de directeurs d'hôpital. Par ailleurs, une partie de l'épreuve de conversation avec le jury est désormais consacrée à la présentation du parcours professionnel du candidat au concours interne.

### **Elèves directeurs – établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux - concours d'admission – CNG – cycle de formation - EHESP**

[Arrêté du 29 novembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 26 décembre 2007 relatif au programme et aux modalités des concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière - Parmi les modifications apportées par ce texte figure notamment l'ajout d'une épreuve de « note de synthèse » aux écrits du concours de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Par ailleurs, une partie de l'épreuve de conversation avec le jury est désormais consacrée à la présentation du parcours professionnel du candidat au concours interne.

### **Techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers – corps – classement**

[Arrêté du 15 novembre 2012](#) fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers

### **Contractuel - non titulaire - titularisation - catégorie B - rémunération - indice**

[Arrêté du 13 novembre 2012](#) fixant le pourcentage et les éléments de rémunération pris en compte pour le maintien partiel de la rémunération des agents non titulaires de droit public accédant à un corps relevant du décret n° 2011-661 du 14 juin 2011 portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

### **Ressources humaines – absentéisme – turnover – indicateurs - évaluation**

[Circulaire n° DGOS/MEIMMS/PF2/ATIH/2012/399 du 26 novembre 2012](#) relative à la généralisation des indicateurs absentéisme et turnover des personnels dans les établissements publics de santé – Cette circulaire a pour objet d'informer du lancement d'une nouvelle campagne organisée en lien avec l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), de recueil des indicateurs absentéisme et turnover sur les données 2011 dans les établissements publics de santé.

## Assistant de service social – diplômés étrangers – union européenne – formation sociale – stage d'adaptation – épreuve d'aptitude - attestation de capacité à exercer

[Circulaire n° DGCS/SD4A/2012/345 du 21 septembre 2012](#) relative aux modalités d'application de la procédure permettant l'accès à la profession d'assistant de service social pour les titulaires de diplômes étrangers – Cette circulaire vient préciser les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens souhaitant porter le titre ou occuper un emploi d'assistant de service social en France.



## Professionnels de santé - mobilité internationale – formation - diplôme étranger – recrutement - démographie médicale

Note du Centre d'analyse stratégique, [La mobilité internationale des professionnels de santé](#), déc. 2012 – Cette note aborde notamment les questions suivantes : Comment clarifier le statut des professionnels diplômés hors de l'Union européenne et stimuler les échanges de bonnes pratiques ? Comment optimiser la mobilité d'emploi des professionnels diplômés en Europe et favoriser la mobilité de formation ?

# SÉCURITÉ SOCIALE

## Assurance maladie – protection sociale - objectif national des dépenses - ONDAM – LFSS – visite médicale collective à l'hôpital – financement – CHR - billets de trésorerie

[Décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012](#) Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 – Par cette décision, le Conseil constitutionnel valide la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, qui sera promulguée prochainement au Journal officiel, en censurant sept articles et une dizaine de dispositions sur l'assurance maladie. Parmi les articles censurés figure celui qui prévoyait la généralisation la visite médicale collective à l'hôpital et qui ne porterait plus que sur les médicaments prescrits à l'hôpital mais délivrés en ville (art. 58). Le Conseil a considéré comme sans rapport avec l'objet des LFSS car les dispositions de cet article annulé n'auraient pas eu d'effet ou un effet trop indirect sur les dépenses d'assurance maladie. Considérant également que ses dispositions ne relevaient pas des LFSS, le Conseil a annulé l'article 61 qui aurait autorisé certains centres hospitaliers régionaux (CHR) à se financer par émissions de billets de trésorerie.

### **EHPAD - soins inclus dans le forfait - remboursement**

[Cour de cassation, 29 novembre 2012, n°11-23523](#) - En l'espèce, une CPAM a saisi la Cour de cassation après avoir été déboutée en appel parce qu'elle estimait avoir remboursé de manière indue des soins facturés par des infirmiers libéraux intervenus auprès de résidents d'un EHPAD, alors que ces actes réalisés ou prescrits étaient selon elle déjà inclus dans le forfait soins de l'établissement.

La Cour de cassation suit l'argumentaire de la CPAM et rappelle que "*le tarif afférent aux soins des services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1, I, 6° du code de l'action sociale et des familles recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies*". Par conséquent, elle conclut que les soins prodigués par des professionnels de santé libéraux aux résidents d'un EHPAD ne peuvent faire l'objet d'un remboursement distinct et doivent être déduits du forfait soins versé à l'établissement.

## **ORGANISATION HOSPITALIÈRE**

### **ARS - projet régional de santé - établissement médico-sociaux - marchés - comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins - code de justice administrative - établissement public de santé - ministère d'avocat**

[Décret n° 2012-1331 du 29 novembre 2012](#) modifiant certaines dispositions réglementaires prises en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Ce décret procède à une actualisation de références et tire les conséquences de la création des agences régionales de santé. Il simplifie la consultation sur le programme régional de santé (PRS) et la publicité des documents s'y rapportant, qui peuvent être consultés notamment par voie électronique. Il modifie certaines règles relatives aux comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins afin d'améliorer l'organisation des transports sanitaires. Il aligne les règles du contrôle de légalité applicables aux marchés passés par les établissements publics sociaux et médico-sociaux sur celles qui s'appliquent aux marchés passés par les collectivités territoriales. Enfin, il vient modifier le code de justice administrative en ce qu'il dispense du ministère d'avocat les établissements publics de santé pour les litiges dans lesquels ils sont défenseurs.

### **Dotations régionales - MIGAC**

[Arrêté du 7 décembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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 - Cet arrêté fixe notamment les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) de la région Ile de France en milliers d'euros à 1 836 279,44.

### Plan grand froid - réserve sanitaire

[Arrêté du 7 décembre 2012](#) 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 2012-2013 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 ce texte. Ces réservistes participent, sous l'autorité du préfet, au renforcement des équipes mobiles effectuant les maraudes sociales et des lieux d'accueil ciblés par le plan hivernal.

### Ressources humaines – bilan social – adoption - contenu

[Arrêté du 5 décembre 2012](#) fixant les modalités d'adoption et le contenu du bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Cet arrêté prévoit notamment qu'il s'applique au bilan social adopté en 2013 et portant sur les données sociales de l'année 2012, sous réserve des dispositions spécifiques figurant en annexe.

### Comptabilité – compte financier

[Arrêté du 27 novembre 2012](#) relatif au compte financier des établissements publics de santé – Cet arrêté prévoit en annexes les modalités et le cadre de présentation du compte financier des établissements publics de santé.

### Offre de soins – centre de santé - budget

ARS Île-de-France, [Rapport de synthèse : Accompagnement des centres de santé, dans l'amélioration de leur organisation et de leur viabilité économique](#), oct. 2012 – Ce rapport de l'Agence régionale de santé d'Ile de France (ARS IDF) s'appuie sur l'étude de trente centres de santé. Il identifie certains leviers de réduction des déséquilibres économiques constatés. A cet égard, « *la valorisation exhaustive et optimale de l'activité actuelle est le domaine sur lequel il est le plus aisé et le plus rapide de progresser : un accompagnement des professionnels des centres de santé sur les règles de cotation de l'activité est donc une nécessité et une priorité pour améliorer les recettes de ces centres de santé, même si la portée de cette action ne saurait à elle seule redresser complètement la situation.* » Par ailleurs selon le rapport, « *la recherche d'une meilleure efficacité des organisations, et l'optimisation des activités des professionnels de santé pendant leur temps de présence constituent un deuxième type d'actions, de plus grande portée, mais nécessitant des délais de mise en œuvre plus longs (réduction du taux de non venue des patients, optimisation de la durée des consultations...)* ».

ACCOMPAGNEMENT DES CENTRES  
DE SANTÉ, DANS L'AMÉLIORATION DE  
LEUR ORGANISATION ET DE LEUR  
VIABILITÉ ÉCONOMIQUE

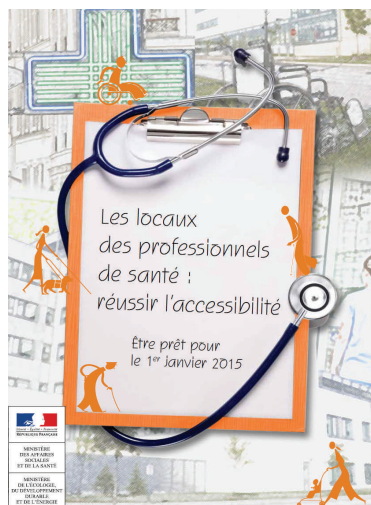
Octobre 2012

Rapport de synthèse



RAPPORT

## DROITS DES PATIENTS



Personne handicapée – égalité des droits - cadre bâti – accessibilité - cabinets médical - officines de pharmacie - laboratoires de biologie médicale

Guide de la délégation ministérielle à l'accessibilité, Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, déc. 2012 - L'accessibilité de tous les établissements accueillant du public doit être effective au plus tard le 1er janvier 2015. Les locaux des professionnels de santé sont également concernés. Ce guide présente les principales règles retenues pour faciliter les déplacements des personnes handicapées et leur accès aux prestations. Il permet de prendre connaissance des obligations qui sont attachées à l'aménagement des locaux, l'effort de mise en accessibilité étant adapté à la taille des établissements.

Observatoire  
National de la Fin de Vie

### Les décisions de fin de vie

RESULTATS DE L'ETUDE « FIN DE VIE EN FRANCE »

#### INTRODUCTION

L'Institut National des Etudes Démographiques (INED) a mené, en lien avec l'Observatoire National de la Fin de Vie, une vaste enquête sur les conditions de la fin de vie en France. Cette étude inédite repose sur un échantillon représentatif de 5000 décès survenus non seulement à l'hôpital, mais aussi à domicile et en établissements médico-sociaux. Constaté sur la base d'enquêtes menées depuis de nombreuses années en Belgique et aux Pays-Bas, elle permet également d'établir des comparaisons rigoureuses sur la réalité de la fin de vie dans les différents pays européens.

→ **Des données disponibles pour la première fois en France**  
Nécessairement paraguay présente en France d'aucune étude scientifique portant sur l'ensemble des décisions de fin de vie (y compris celles qualifiées « d'euthanasie ») les rares travaux publiés à ce jour concernaient exclusivement des patients pris en charge à l'hôpital, reposaient sur des échantillons beaucoup plus réduits, et explorant uniquement les décisions médicales adoptées par la loi Léonetti.

L'étude « Fin de vie en France » permet donc, pour la première fois, de connaître les réalités des décisions dans les situations de fin de vie, et de comprendre la façon dont ces décisions ont été prises. Concluant en 2010 et reposant sur un échantillon total de 4020 situations de fin de vie, cette enquête nationale constitue une source de données sans précédent pour évaluer la mise en œuvre de la loi Léonetti et pour connaître la réalité des situations d'euthanasie dans notre pays.

→ **Une enquête inspirée des études menées au Danemark** → **L'euthanasie : une réalité qui reste extrêmement rare**

L'étude « Fin de vie en France » est une étude rétrospective, dont l'objectif principal est de mieux connaître les pratiques des médecins, des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des proches des patients au moment de leur décès. Elle est la première étude de ce type en France. Elle a été menée en 2010 et repose sur un échantillon de 4020 situations de fin de vie. Le questionnaire de l'enquête a été adapté au contexte législatif français.

Les données, dans cette étude, 1,6% des patients ont explicitement demandé une euthanasie. Les proches, 3,1% de l'ensemble des décès ont été saisis d'une décision médicale : primo dans l'attente d'une décision de la justice, la loi de la patiente, dans 0,6% des cas, et finalement dans 2,5% des cas. Or, parmi ces 148 décisions, seules 20% ont été prises à la demande explicite du patient.

L'euthanasie (à la demande des patients) concerne donc 0,6% des décès, soit 0,2% par rapport à l'ensemble des décès. Autrement dit, le débat actuel sur l'euthanasie concerne 0,2% des situations de fin de vie.

NOVEMBRE 2012

### Ethique – loi Léonetti – fin de vie – soins palliatifs

Observatoire national de la fin de vie (ONFV), Les décisions de fin de vie. Résultats de l'étude « fin de vie en France », nov. 2012 - Cette étude, qui analyse les décisions de fin de vie, y compris celles qualifiées « d'euthanasie », a été menée avec l'Institut National des Etudes Démographiques (INED). Elle repose sur un échantillon représentatif de 5000 décès survenus non seulement à l'hôpital, mais aussi à domicile et en établissements médico-sociaux.

### Défenseur des droits - Droit hospitalier – Décès – Législation funéraire

#### Rapport du Défenseur des droits relatif à la législation funéraire, oct. 2012

En octobre 2012, le défenseur des droits a mis en ligne sur son site internet un rapport relatif à la législation funéraire afin notamment de recenser les réformes à envisager en la matière. Le Défenseur des droits est fréquemment saisi, dans le cadre de sa mission de médiation avec les services publics de réclamations relatives à la législation funéraire, aux cimetières et aux opérations funéraires. Il considère, en introduction de son rapport, que « *le droit funéraire reste marqué (...) par une conception très restrictive de la famille, qui peut se révéler très inadaptée aux réalités sociales actuelles [et] par une certaine fragmentation (...)* », dans la mesure où il convient de se référer à différents codes tel que le Code général des collectivités territoriales, le Code de la santé publique, ou bien le Code des assurances. A l'issue de ce rapport, le Défenseur des droits est dans l'attente des témoignages des familles et d'élus et par la suite souhaite prolonger la réflexion « *en vue, notamment de réaliser, en lien avec l'Association des Maires de France, un guide d'informations pratiques à destination des familles ou d'envisager des propositions de réforme.* ».

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
LE DÉFENSEUR  
DES DROITS



#### RAPPORT RELATIF

A

#### LA LEGISLATION FUNERAIRE

En vertu de l'article 71-1 de la Constitution et de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011, le Défenseur des droits a repris les attributions antérieurement dévolues :

- au Médiateur de la République ;
- au Défenseur des enfants ;
- à la Commission nationale de déontologie de la sécurité ;
- à la Haute autorité de lutte contre les discriminations.

Au service de la défense des droits des usagers des services publics et des droits de l'enfant, au soutien des victimes de discriminations ou de manquements à la déontologie de la sécurité, le Défenseur des droits exerce :

- en premier lieu, une mission de protection des droits et des libertés, dans le cadre du traitement des réclamations individuelles qui lui sont adressées ou des cas dont il se saisit ;
- en second lieu, une mission de promotion des droits et de l'égalité, en particulier au titre des recommandations générales qu'il formule.

En application de l'article 34 de la loi organique du 29 mars 2011, « Le Défenseur des droits mène toute action de communication et d'information jugée opportune dans ses différents domaines de compétence ».

### Centre de santé – information – maison de santé – secret médical partagé

[Instruction n° DGOS/PF3/2012/384 du 12 novembre 2012](#) relative au guide méthodologique relatif à la circulation, au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients - Le guide annexé à cette instruction a pour objectif d'accompagner les professionnels de santé exerçant dans les centres et maisons de santé dans l'application des dispositions du code de la santé publique organisant le partage des informations médicales.

### Associations représentant les usagers - instances hospitalières - instances de santé publique – agrément national

[Arrêté du 23 novembre 2012](#) portant renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

### Associations représentant les usagers - instances hospitalières - instances de santé publique – agrément national

[Arrêté du 7 décembre 2012](#) portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique

### Soins sous contrainte - notification des droits au patient - mainlevée

[Cour administrative d'appel de Paris, 18 octobre 2011, n°09PA05817](#) - Mme X a été placée en garde à vue le 22 mai 2006 et entendue à la brigade de répression de la délinquance contre la personne dans le cadre d'une enquête pour faits de menaces de mort et de violence sans ITT avec préméditation. A la suite d'une mesure psychiatrique ordonnée par le parquet de Paris, selon laquelle Mme X présentait un trouble grave de la personnalité, altérant son discernement et le contrôle de ses actes et préconisant un suivi clinique psychiatrique, le commissaire de police a, sur le fondement de l'article L. 3213-2 du Code de la santé publique, par une décision en date du 22 mai 2006, ordonné la conduite de Mme X à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris aux fins d'examen médical approfondi. Au vu du procès-verbal de police et du certificat médical établi par le médecin de l'infirmerie psychiatrique, le préfet de police a, par arrêté en date du 24 mai 2006, pris sur le fondement de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, ordonné l'hospitalisation d'office de Mme X à l'hôpital Y pour une durée d'un mois.

Cette hospitalisation d'office a été prolongée le 23 juin 2006 pour une durée maximale de trois mois, avant d'être levée le 5 juillet 2006. Mme X fait appel du jugement en date du 1er juillet 2009 par lequel le Tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande tendant à l'annulation de ces décisions.

La Cour d'appel lui donne raison considérant que la décision attaquée est entachée d'un vice de procédure substantiel de nature à justifier son annulation puisque "*la requérante soutient sans que cela soit contesté qu'elle n'a pas été informée de ses droits d'avoir recours à un avocat ou à un médecin avant d'être conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris*".

Cet arrêt est intéressant en ce qu'il rappelle que les patients en soins psychiatriques sous contrainte doivent être informés de leurs droits dès la période d'observation initiale.



## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

ANAP  
appui santé & médico-socialSécuriser la prise en charge  
médicamenteuse du patientLa délivrance nominative des médicaments  
dans les établissements de santé**Délivrance nominative – gestion des risques – sécurité des soins - médicaments**

Guide ANAP, [Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient : la délivrance nominative des médicaments en établissement de santé](#), déc. 2012

– Ce guide de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) présente les expériences de 15 établissements de santé ayant mis en place la délivrance nominative (DN) avec des niveaux de déploiement variable et différents modes d'organisation : la DN manuelle centralisée, décentralisée ; la DN automatisée : formes orales sèches, formes orales liquides, toutes formes galéniques ; l'armoire automatisée en complément de la DN.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

**Méthadone - responsabilité hospitalière – surdose médicamenteuse – détenu – décès – UCSA**

[Cour administrative d'appel de Nantes, 5 juillet 2012](#), n° 11NT00104 - En l'espèce, la mère d'un détenu a recherché la responsabilité d'un centre pénitentiaire à la suite du décès de son fils par overdose médicamenteuse. Son fils détenu a en effet ingéré des doses importantes de méthadone qu'il s'était procuré auprès d'un prisonnier soigné pour sa dépendance au sein d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA). L'UCSA, rattaché auprès d'un CHU, avait délivré au patient plusieurs doses en une seule fois en prévision d'un jour férié. Or, la Cour relève l'absence de responsabilité de l'administration pénitentiaire dans le décès du retenu au motif que « la faute ainsi relevée était exclusivement imputable à l'établissement public de santé, qui n'établissait pas avoir informé l'administration pénitentiaire de la délivrance de la méthadone à son codétenu et l'avoir placée en situation de pouvoir prendre des mesures de surveillance adéquates ».

**Autorisation de mise sur le marché – accouchement – utilisation hors AMM – médicament - faute**

[Cour administrative d'appel de Lyon, 8 novembre 2012](#), n° 12LY00109 - Par cette décision, la Cour administrative d'appel de Lyon a estimé que l'administration du médicament misoprostol, afin de déclencher un accouchement alors que cette pratique est contre-indiquée et que le médicament ne bénéficie pas d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cet usage, constitue une faute susceptible d'engager la responsabilité d'un centre hospitalier universitaire (CHU).

Dans les faits, la cour rejette la requête d'un couple qui sollicitait réparation pour leur enfant, victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) peu après sa naissance au sein d'un hôpital appartenant à un CHU. L'enfant, né par césarienne, a comme pathologie une hémiparésie cérébrale infantile, à l'origine de troubles moteurs et des apprentissages et d'une épilepsie.

Selon les requérants, l'AVC subi par leur enfant est imputable à l'utilisation du misoprostol pour déclencher l'accouchement, sans que la mère n'en ait été avertie et ils soulevaient également la disparition au sein du dossier médical d'un relevé de contrôle de monitoring qui aurait été mis en place après la mise du médicament. Les juges du fond ont relevé trois fautes (le caractère fautif que présentait « *l'administration d'un quart de comprimé de Cytotec\*, en vue du déclenchement du travail obstétrical, alors qu'il existe des risques d'hypertonie utérine liés à l'utilisation de ce produit, contre-indiqué pour le déclenchement d'un accouchement d'un enfant vivant, et dépourvu d'une autorisation de mise sur le marché pour cet usage* », « *le défaut de contrôle du rythme cardiaque fœtal par monitoring, dans les heures qui ont suivi l'administration de ce produit* », ainsi que le défaut d'information de la mère quant aux risques que comportait l'administration du produit).

Toutefois, la cour administrative d'appel (CAA) a considéré qu'en l'espèce ces trois fautes n'avaient pas de lien de causalité avec le préjudice subi par l'enfant, ni entraîné de préjudice pour la mère du fait du défaut d'information au motif que le risque d'hypertonie utérine ne s'était pas réalisé. La CAA a donc considéré que comme l'hémiplégie cérébrale de l'enfant n'était « *pas la conséquence de l'utilisation du Cytotec\* en vue du déclenchement du travail obstétrical lors de l'accouchement* », les requérants ne pouvaient rechercher la responsabilité du CHU « *à raison du risque résultant de l'utilisation de ce produit pour une indication pour laquelle il ne bénéficiait pas d'une AMM, en ce qu'une telle utilisation constituerait une thérapie nouvelle* ».

### Prescription quadriennale - dossier médical - perte

Cour administrative d'appel de Paris, 12 novembre 2012, n°10PA03678 - Les faits sont les suivants : M. X est victime d'un accident de la circulation le 27 mai 1990 puis d'un accident vasculaire cérébral ischémique fronto-pariétal gauche le 29 octobre 1991. Il décède le 11 novembre de la même année. Sa femme et son fils adressent le 15 février 2007 à l'hôpital concerné une demande tendant au versement d'un euro symbolique en réparation du préjudice moral résultant du décès de M. X. A la suite du rejet implicite de cette demande, ils ont, le 26 novembre 2007, saisi cet hôpital d'une demande d'indemnisation du même préjudice évalué à la somme de 10 000 euros. Le 19 mars 2008, ils ont également saisi cet établissement de santé d'une demande de réparation du préjudice résultant de la perte du dossier médical de M. X.

Le Tribunal administratif de Paris a, par un jugement en date du 18 juin 2010, rejeté leur demande. Les consorts Y font donc appel de ce jugement. Les juges rappellent que "*le législateur de 2002 a entendu porter à dix ans le délai de prescription des créances en matière de responsabilité médicale, qui n'étaient pas déjà prescrites à la date d'entrée en vigueur de la loi et qui n'avaient pas donné lieu, dans le cas où une action en responsabilité avait été engagée, à une décision irrévocable*".

En l'espèce, la Cour administrative d'appel retient que le délai de prescription de la créance née du préjudice résultant du décès de M. X le 11 novembre 1991 a commencé à courir, en vertu des dispositions de l'article 1er de la loi du 31 décembre 1968, le 1er janvier 1992 pour expirer le 31 décembre 1995. Il ya donc lieu de faire droit à "*l'exception de prescription quadriennale soulevée par l'établissement de santé à l'encontre du droit dont se prévalent les requérants de demander le paiement de la créance liée au préjudice résultant du décès de M. X le 11 novembre 1991*".

S'agissant de la perte du dossier médical, les juges retiennent la responsabilité de l'hôpital, "*la disparition et la non communication d'un dossier médical*" constituant un manquement de l'établissement à ces obligations de conservation des dossiers médicaux et révélant une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

## PUBLICATIONS AP-HP

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

