

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

Du 15 au 28 octobre 2011

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Droits du patient .....	<a href="#">page 2</a>
Frais de séjour .....	<a href="#">page 3</a>
Personnel .....	<a href="#">Page 4</a>
Réglementation sanitaire .....	<a href="#">page 7</a>
Organisation des soins .....	<a href="#">page 7</a>
Organisation hospitalière .....	<a href="#">page 8</a>
Responsabilité médicale.....	<a href="#">page 8</a>
Publications .....	<a href="#">page 10</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Clémence DULIERE**

**Ahmed EI DJERBI**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN-  
MARIS**

**Audrey VOLPE**

## DROITS DU PATIENT

[Circulaire n° DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011](#) relative à la rationalisation des certificats médicaux – De nombreux certificats médicaux demandés aux médecins ne reposent sur aucun fondement juridique ou ne comportent aucun contenu médical. Afin de simplifier les tâches administratives de l'exercice médical, cette circulaire rappelle les cas où le certificat médical est nécessaire et les situations dans lesquelles il ne l'est pas.

[Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011](#) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et les décrets n° 2011-846 et n° 2011-847 du 18 juillet 2011 ont opéré des modifications substantielles des dispositions du code de la santé publique relatives aux droits des patients en hospitalisation psychiatrique et le régime des hospitalisations sans consentement. Cette circulaire interministérielle comprend une présentation de la réforme, un rappel du rôle des ARS dans la gestion des mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet ainsi que des éléments pour la mise en œuvre de cette réforme.

### Jurisprudences :

[Conseil constitutionnel, décision n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011](#) (levée d'une mesure d'hospitalisation d'office – juge des libertés et de la détention - décision sur avis conforme de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil - inconstitutionnalité) - Le Conseil constitutionnel déclare contraire à la Constitution les dispositions relatives à l'hospitalisation d'office, dans leur rédaction antérieure à la loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques, en ce qu'elles subordonnaient à l'avis favorable et conforme de deux médecins le pouvoir du juge des libertés et de la détention d'ordonner la sortie immédiate de la personne ainsi hospitalisée. L'abrogation de l'article litigieux (L. 3213-8 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi du 5 juillet 2011), est dès lors applicable à toutes les instances non définitivement jugées à la date de la publication de la présente décision (c'est-à-dire à compter du 22 octobre 2011).

[Cour de cassation , première chambre civile, 26 mai 2011, n°10-15550 \(IVG – Délai de réflexion\)](#) - La première chambre civile de la Cour de cassation a rendu un arrêt intéressant en appliquant de manière rigoureuse la législation relative à l'avortement et en rappelant que le délai de réflexion de 7 jours imposé par la loi avant une interruption volontaire de grossesse (IVG) ne peut être écourté. Elle rappelle ainsi à l'ordre un médecin ayant eu une compréhension trop souple des conditions légales dans lesquelles une interruption volontaire précoce de la grossesse peut être pratiquée. En l'espèce, une jeune femme a consulté un médecin gynécologue afin d'obtenir une IVG. Ce médecin lui a administré un médicament destiné à préparer cette intervention trois jours seulement après cette visite et la patiente a subi une IVG 6 à 8 jours plus tard. Suite à cette intervention, la patiente a assigné le médecin en réparation de son préjudice moral en lui faisant grief d'avoir écourté le délai de réflexion prévu par la loi et de lui avoir fait perdre une chance de prendre une décision après avoir mûrement réfléchi. Les juges du fond ont condamné ce médecin à verser la somme de 7500€ en réparation de son préjudice moral. Par cet arrêt, la Haute juridiction civile a rejeté le pourvoi et a confirmé la décision attaquée.

[Tribunal administratif de Paris, 7 avril 2011, n° 0901792/6-3 \(Association agréée de patients – Agrément – Indépendance – Professionnels de santé\)](#) - Ce jugement considère qu'une association de patients, pour être agréée par le ministre chargé de la santé, doit présenter une indépendance totale vis-à-vis des professionnels de santé sans que ceux-ci ne soient pour autant totalement exclus de son fonctionnement, et ce en vue d'assurer la représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique. En l'espèce, le ministre chargé de la santé a refusé à une association la délivrance d'un agrément national au motif que les actions développées sont majoritairement le fait de professionnels de santé qui administrent l'association. Le tribunal administratif de Paris rejette la requête à fin d'annulation de la décision présentée par l'association en rappelant que l'objectif des articles L. 1114-1 et R. 1114-1 du Code de la santé publique est d'organiser la représentation spécifique des patients dans les instances de santé publique et leur participation à la prise en charge au moyen de critères permettant d'éviter l'éviction des patients par les médecins.

[Avis CADA, 6 octobre 2011](#), n°20113771-ND (Communication de l'intégralité du dossier médical d'un patient décédé à son ayant droit - refus) - La Commission d'accès aux documents administratifs rappelle ici que, lors d'une demande d'accès à un dossier médical par un ayant droit, ce dernier doit préciser le ou les objectifs qu'il poursuit, à savoir : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits.

## FRAIS DE SÉJOUR

[Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011](#) relatif à la prise en charge des frais de santé par l'aide médicale de l'Etat ainsi qu'au droit au service des prestations - Dorénavant sont exclus de la prise en charge de l'aide médicale de l'état, les frais relatifs aux cures thermales et à l'assistance médicale à la procréation. De même, la prise en charge des soins hospitaliers programmés, dont le coût dépasse 15 000 euros et dont la réalisation peut attendre un délai de quinze jours suivant la date de leur prescription, sera soumise à un agrément préalable des caisses d'assurance maladie. Enfin, le décret précise la procédure d'agrément de ces soins et rappelle la condition de stabilité de la résidence.

### Jurisprudence :

[Conseil d'Etat, 26 juillet 2011](#), n° 337065 (Etablissement de santé – Forfait journalier) - En l'espèce, plusieurs associations de personnes malades ont déposé un recours à l'encontre de l'arrêté du 23 décembre 2009 lequel a fixé le montant du forfait journalier hospitalier à 18 euros. La Haute juridiction administrative estime que ce montant n'a pas lieu d'être remis en cause. Concernant les personnes les plus vulnérables ou défavorisées, ce montant est pris en charge par la couverture maladie universelle complémentaire et le reste à charge des malades n'est pas excessif au regard de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946.

## PERSONNEL

[Circulaire n° DGOS/RH4/2011/388 du 11 octobre 2011](#) relative à l'intégration dans les statuts nationaux de la fonction publique hospitalière des fonctionnaires relevant de statuts locaux - Les modalités de reclassement dans des statuts nationaux de la fonction publique hospitalière des fonctionnaires recrutés sur des statuts locaux sont précisées par cette circulaire. Pour rappel, les statuts locaux, créés par délibération des conseils d'administrations des établissements publics de santé, avaient pour objet de fixer les règles relatives aux personnels occupant certains emplois hospitaliers qui, eu égard aux fonctions exercées et au niveau de recrutement, pouvaient ne pas être organisés en corps.

### Personnel de direction

[Décret n° 2011-1340 du 24 octobre 2011](#) modifiant le décret n° 2005-1095 du 1er septembre 2005 relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

[Arrêté du 24 octobre 2011](#) modifiant l'arrêté du 1er septembre 2005 relatif aux modalités d'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

### Congé maladie

[Décret n° 2011-1359 du 25 octobre 2011](#) portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des congés de maladie des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux - Participent à cette expérimentation les caisses primaires d'assurance maladie du Puy-de-Dôme, des Alpes-Maritimes, d'Ille-et-Vilaine, du Bas-Rhin, du Rhône, ainsi que les établissements publics de santé et les collectivités territoriales qui se portent candidats, à la double condition d'être situés dans le ressort géographique de l'une des caisses primaires d'assurance maladie énumérées et de disposer du nombre minimal de fonctionnaires fixé par une convention-cadre nationale.

[Délibération n° 2011-113 du 28 avril 2011](#) portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle à titre expérimental des arrêts maladie des personnes relevant des fonctions publiques hospitalière et territoriale et sur la mise en œuvre du dispositif (saisine n° 11006783 et demande d'avis n° 1497305)

### **Assistant médico-administratif**

[Arrêté du 21 octobre 2011](#) fixant les règles d'organisation générale, la composition du jury et la nature de l'épreuve de l'examen professionnel réservé organisé en 2011 pour l'accès au premier grade du corps des assistants médico-administratifs en application de l'article 20 du décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

[Arrêté du 21 octobre 2011](#) fixant les règles d'organisation générale, la composition des jurys et la nature des épreuves des concours sur titres et sur épreuves organisés en 2011 pour l'accès au corps des assistants médico-administratifs en application de l'article 20 du décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la fonction publique hospitalière

### **Personnel paramédical**

[Arrêté du 28 septembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant – [Les stages réalisés dans le cadre de la formation au diplôme peuvent désormais se dérouler non seulement en secteur sanitaire mais aussi dans le secteur social ou médico-social, en établissement ou à domicile.](#) Dans le cadre d'une des unités de formation, quatre semaines de stage minimum doivent se dérouler dans un établissement de santé en unité de court séjour. Un stage doit de plus être organisé en fonction du projet professionnel de l'élève. Par ailleurs l'arrêté précise les modalités d'équivalence possible pour les étudiants infirmiers admis en deuxième année pour obtenir le diplôme d'Etat d'aide-soignant.

[Arrêté du 28 septembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture

[Arrêté du 28 septembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier

### **Personnel médical**

[Arrêté du 4 octobre 2011](#) modifiant diverses dispositions relatives aux praticiens agréés-maîtres de stage des universités durant les études de médecine - [Pour rappel, les praticiens agréés-maîtres de stage sont devenus praticiens agréés-maîtres de stage des universités.](#)

[Arrêté du 17 octobre 2011](#) fixant la date de mise en œuvre des dispositions du décret du 6 février 2009 relatif aux procédures liées à l'exercice des professionnels de santé, pour la profession de médecin

## Sages-femmes

[Arrêté du 12 octobre 2011](#) fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires

[Arrêté du 12 octobre 2011](#) modifiant l'arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

## Etudiant

[Arrêté du 12 octobre 2011](#) modifiant l'arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution, de suspension et de résiliation de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation - Pour rappel, le contrat d'engagement de service public (CESP) créé par la loi HPST ouvre droit à une allocation mensuelle aux étudiants et aux internes en médecine, en contrepartie de laquelle ils s'engagent à exercer leurs fonctions à compter de la fin de leur formation dans les lieux d'exercice où l'offre médicale est menacée ou insuffisante.

[Instruction n° DGOS/RH1/DGESIPA-MFS/2011/352 du 8 septembre 2011](#) relative au rappel des obligations des établissements publics de santé accueillant des étudiants étrangers en cours de second cycle des études médicales dans leur pays d'origine - Dans le cadre de programmes internationaux d'échanges interuniversitaires, les établissements de santé, répondant à leur mission de service public d'enseignement universitaire, peuvent être amenés à accueillir des étudiants étrangers en cours de deuxième cycle des études médicales dans leur pays d'origine. Cette instruction vient rappeler les obligations qui incombent à ces établissements publics de santé accueillant ces stagiaires étrangers. Elle souligne que l'hôpital ne peut accueillir ces étudiants en stage que dans le cadre d'une convention (dont le modèle est annexé) signée entre l'établissement, l'université d'origine de l'étudiant et son université d'accueil. Les étudiants concernés ne peuvent participer à aucune activité de soins au sein de l'établissement, et sont astreints au respect des dispositions du code de la santé publique, notamment celles relatives au respect du secret médical. Par ailleurs, les ministères rappellent que les étudiants concernés doivent être en situation régulière.

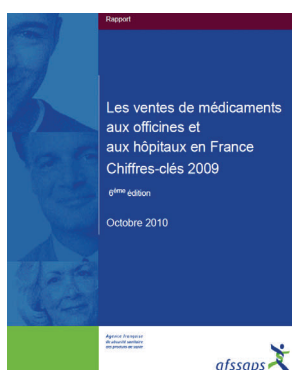
## Jurisprudence :

[Conseil d'Etat, 20 mars 2011, n° 318184](#) (Praticien hospitalier – Chef de service – Suspension – Altération ou falsification de dossiers) - Un praticien hospitalier, chef de service d'un centre hospitalier, a été suspendu de ses fonctions par décision du directeur, lequel forme un pourvoi en cassation contre l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel a annulé cette décision. En l'espèce, l'infirmière et l'aide-soignante de ce service avaient été placées en détention provisoire pour des faits de maltraitance sur des personnes âgées, le chef de service avait quant à lui été placé en garde à vue au motif qu'il lui était reproché d'avoir modifié ou altéré les dossiers de patients. Dans la mesure où son maintien à ce poste, dans ces circonstances, aurait été susceptible de compromettre gravement la sécurité des soins apportés aux malades et la continuité du service, le Conseil d'Etat considère que cette situation justifiait qu'une mesure conservatoire de suspension des activités cliniques et thérapeutiques de ce praticien hospitalier fût prise en urgence par le directeur du centre hospitalier.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Arrêté du 14 octobre 2011](#) modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques

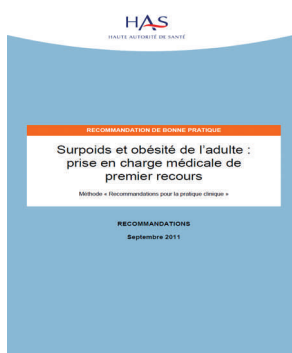
[Arrêté du 22 septembre 2011](#) portant modification de l'arrêté du 24 mai 2006 modifié fixant le contenu, le format et les modalités de présentation du dossier de demande d'avis au comité de protection des personnes sur un projet de recherche biomédicale portant sur un médicament à usage humain



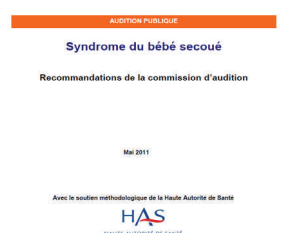
Rapport d'expertise de l'Afssaps, 30 septembre 2011, « [Ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France : chiffres clés 2010](#) ». Ce rapport présente pour l'année 2010 les évolutions et les caractéristiques essentielles du marché pharmaceutique, et notamment s'agissant des médicaments les plus vendus en France, du marché des génériques, ou celui des médicaments orphelins.

## ORGANISATION DES SOINS

[Circulaire n° DGOS/DGS/DSS/R4/MC3/2011/394 du 20 octobre 2011](#) relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées



Recommandations de bonne pratique de la HAS de septembre 2011 : « [Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours](#) ». Élaborées dans le cadre du programme national nutrition santé 2006-2010, ces recommandations ont pour but d'aider les professionnels de santé à dépister le surpoids et l'obésité ainsi qu'à améliorer la qualité de la prise en charge de ses maladies.



Recommandations de la HAS de mai 2011 : « [Syndrome du bébé secoué](#) ». Ces recommandations portent sur les informations nécessaires afin de diagnostiquer ce syndrome, protéger l'enfant, prévenir les risques de récives et informer les parents des risques du secouement.

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

[Arrêté du 15 septembre 2011](#) relatif au financement pour l'année 2011 des missions prévues au III ter de l'article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 – Pour l'année 2011, les coûts de fonctionnement des missions, exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations sont pris en charge par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour un montant de 5 554 000 euros.

[Arrêté du 4 octobre 2011](#) fixant le modèle de décision modificative de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

[Arrêté du 27 septembre 2011](#) portant modification de l'arrêté du 21 juillet 2010 fixant les dates de transmission mentionnées à l'article R. 6145-6 du code de la santé publique (CSP) – L'art. R. 6145-6 du CSP prévoit notamment que le directeur d'un établissement public de santé établit, à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants de l'exercice, un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions. L'arrêté du 27 septembre 2011 vient repousser au 15 novembre la date de transmission à l'agence régionale de santé de cet état comparatif.

[Instruction n° DGOS/R5/2011/389 du 12 octobre 2011](#) relative à l'estimation de l'impact économique et budgétaire du volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) - L'objectif de cette instruction, et de l'outil d'aide à l'évaluation ainsi présenté, est d'estimer de façon homogène entre les régions, l'impact de leur schéma sur les dépenses de l'Assurance Maladie et d'en faire un élément de pilotage à la fois régional et national.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

[Cour de cassation, 6 octobre 2011](#), n°10-21212 (Consultation en urgence - refus - cabinet libéral - responsabilité) - M. X souffre de diabète et est suivi depuis de nombreuses années par un ophtalmologue. Le 7 janvier 2002, ce médecin a pratiqué un fond d'œil à M. X qui n'a pas révélé de signes de rétinopathie diabétique. Pour autant, des troubles visuels étant apparus aux mois de mai et novembre 2002, M. X appelle son ophtalmologue qui lui fixe un rendez-vous en mai 2003. M. X consulte alors son médecin traitant qui le dirige vers un second ophtalmologiste qui diagnostique le 24 février 2003 une rétinopathie diabétique compliquée d'une hémorragie du vitré à gauche, qui a nécessité plusieurs traitements et interventions, lesquels ont laissé subsister d'importantes séquelles.

En l'espèce, il est intéressant de retenir que la Cour de cassation considère qu'un médecin libéral ne peut invoquer la surcharge de son cabinet pour refuser les patients qui se présentent pour une consultation en urgence. Les juges ajoutent que *"lors de l'examen du 7 janvier 2002, les facteurs favorisant l'apparition de la rétinopathie diabétique étaient réunis et que Mme Y, qui suivait M. X depuis 1993, n'ignorait pas que celui-ci ne se soignait pas de façon rigoureuse. La Cour d'appel a estimé que cette dernière aurait dû, compte tenu des circonstances, mettre en place une surveillance accrue de son patient ; (...) La cour a en outre relevé que Mme Y, alerté par M. X, à deux reprises, postérieurement à cette consultation, des troubles visuels qu'il présentait, avait refusé d'avancer le rendez-vous fixé au mois de mai 2003, sans prendre la peine de diriger son patient vers un autre confrère, quand la surcharge des cabinets ne constituait pas une excuse, le médecin devant réserver les cas d'urgence ; la Cour a pu en déduire que Mme Y avait commis une faute de surveillance ayant entraîné une perte de chance pour M. X de recevoir un traitement au laser plus précoce et d'éviter les séquelles dont il était atteint"*.



[Conseil d'Etat, 10 octobre 2011](#), n°328500 (infection nosocomiale - origine endogène - reconnaissance de la responsabilité) - Cet arrêt constitue un important revirement de jurisprudence favorable aux victimes en ce qu'il reconnaît la présomption de responsabilité pour faute des professionnels et des établissements publics de santé du fait d'une infection nosocomiale d'origine endogène alors qu'il limitait jusqu'à présent cette faute à leur origine exogène. Les considérants sont très explicites : *"Considérant que (...) les dispositions du I de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique font peser sur l'établissement de santé la responsabilité des infections nosocomiales, qu'elles soient exogènes ou endogènes, à moins que la preuve d'une cause étrangère soit rapportée ; considérant qu'il résulte de l'expertise que l'infection des méninges a été provoquée par l'intervention et constitue un risque connu des interventions de la nature de celle pratiquée en l'espèce ; que si l'expert a relevé qu'il était très difficile de la prévenir, il ne ressort pas de l'instruction qu'elle présente le caractère d'imprévisibilité et d'irrésistibilité qui permettrait de regarder comme apportée la preuve d'une cause étrangère"*.

En l'espèce, une patiente âgée de 19 ans avait, à la suite d'une intervention chirurgicale visant à retirer une tumeur bénigne dans le conduit auditif de son oreille gauche, contracté une méningite foudroyante avant de décéder en quelques jours.

Le Conseil d'Etat rappelle enfin que le fait que la famille du patient décédé se désiste de son recours indemnitaire n'empêche pas une CPAM, subrogée dans les droits de l'assuré concerné, de demander le remboursement des sommes qu'elle a versées auprès de la juridiction compétente.

[Tribunal administratif de Paris, 29 septembre 2011](#), n° 1017667/6-3 (Responsabilité hospitalière – Infections nosocomiales) - En l'espèce, une patiente saisit le tribunal administratif en sollicitant réparation des préjudices subis du fait d'une infection par le virus de l'hépatite C qu'elle indique avoir contracté au sein d'un établissement public de santé à l'occasion d'une intervention chirurgicale qu'elle a subie le 15 juin 1999. Elle soutient que la faute présumée de cet établissement de santé engage sa responsabilité. Or, l'établissement hospitalier fait notamment valoir que la requérante n'a pas reçu de transfusion sanguine mais a fait l'objet d'une méatoplastie qui est un acte médical invasif de nature à provoquer une contamination par voie nosocomiale du virus de l'hépatite C. Il met également en avant la possibilité selon laquelle la contamination au moment de son accouchement au sein d'un autre établissement de santé ne peut être écartée. Ainsi, le tribunal considère qu'il n'était pas établi que la patiente était indemne de toute infection par le virus de l'hépatite C avant son hospitalisation en juin 1999 au sein de cet établissement public de santé et n'est pas fondée à soutenir que son infection par le virus de l'hépatite C relève d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier à l'occasion de l'intervention chirurgicale du 15 juin 1999.

## PUBLICATIONS AP-HP

