

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

Du 04 au 22 décembre 2014

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 3</a>
Personnel	<a href="#">page 5</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 10</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 10</a>
Frais de séjour	<a href="#">page 12</a>
Marchés publics	<a href="#">page 13</a>
Domaine public et privé	<a href="#">page 14</a>
Propriété intellectuelle - Informatique	<a href="#">page 15</a>
Publications	<a href="#">page 16</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

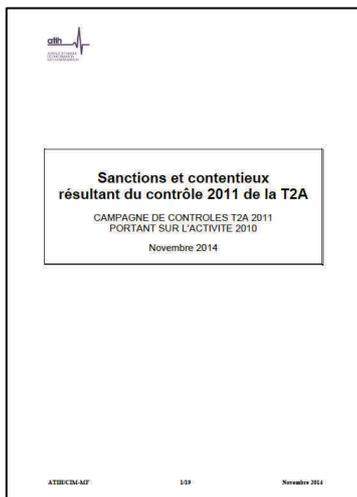
**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE



### Tarifification à l'activité - Contrôles - Contentieux - Facturation - Codage

[Rapport](#) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la campagne de contrôles T2A 2011 portant sur l'activité 2010 – Ce troisième rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) conclut que "*pour la campagne de contrôle 2011, des contrôles de la T2A ont été mis en œuvre dans 26 régions concernant 204 établissements de santé. Les ARS ont notifié des sanctions définitives pour 49 établissements pour un montant total de 3 021 760 €. Le nombre d'établissements sanctionnés ainsi que le montant des sanctions sont en baisse par rapport aux campagnes de contrôle précédentes. La période de notification des sanctions s'est étalée sur un an et demi*".

### Procédures administratives – Simplification de la vie des entreprises

[Loi n° 2014-1545 du 20 décembre 2014](#) relative à la simplification de la vie des entreprises et portant diverses dispositions de simplification et de clarification du droit et des procédures administratives – Cette loi a pour objet de mettre en œuvre quelques-unes des cinquante mesures de simplification pour les entreprises proposées par le Conseil de la simplification pour les entreprises. Elle comprend un certain nombre de mesures devant entrer en vigueur avant la fin de l'année afin faciliter les relations entre l'administration et les entreprises, adapter le droit du travail, continuer la simplification du droit de l'urbanisme et de l'environnement, alléger le droit des sociétés, simplifier les obligations comptables et fiscales. Elle prévoit notamment que dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi afin d'harmoniser la définition et l'utilisation des notions de jour et, en tant que de besoin, d'adapter la quotité des jours, dans la législation du travail et de la sécurité sociale (article 2). L'article 6 de la loi est relatif quant à lui à la pérennisation des contrats à durée déterminée à objet défini. Habilitation également à transposer par ordonnance deux directives européennes du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics (l'une portant sur les secteurs classiques, l'autre sur les secteurs de l'eau, de l'énergie, des transports et des services postaux) et à simplifier le droit de la commande publique (article 42).

### Haute autorité de santé (HAS) – Expert-visiteur – Indemnisation

[Décision n° 2014.0031/DP/SG du 26 novembre 2014](#) du président de la Haute Autorité de santé relative à l'indemnisation des experts-visiteurs - Ce texte complète la décision n° 2014.0013/DP/SG du 5 mars 2014 relative à l'indemnisation des experts-visiteurs par un article 1er bis rédigé comme suit : "*A compter de la mise en œuvre de la procédure de certification V2014, les experts-visiteurs perçoivent une indemnisation pour le travail de préparation d'une visite de certification, sauf s'il s'agit d'une visite de suivi ou d'une visite intermédiaire. Cette indemnisation est fixée forfaitairement à 1,82 vacation*".

## Financement – Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – Dotation DAF

[Arrêté du 11 décembre 2014](#) modifiant l'arrêté du 28 mars 2014 modifié fixant pour l'année 2014 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 ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale

## Campagne tarifaire – Financement – Année 2015

[Circulaire n° DGOS/R1/2014/332 du 12 novembre 2014](#) relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé - En complément de la circulaire de référence de la campagne 2014 en date du 31 mars dernier, ce texte vise à préciser les conditions d'allocation des ressources complémentaires allouées aux établissements de santé.

## Médicaments – Dépenses – Taux prévisionnel – Année 2015

[Arrêté du 15 décembre 2014](#) fixant pour l'année 2015 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 - [Le taux prévisionnel d'évolution mentionné à l'article R. 162-43 du code de la sécurité sociale est fixé pour l'année 2015 à 3,2 %.](#)

# PATIENT HOSPITALISÉ

## Malades et personnes en fin de vie – Rapport

[Rapport de présentation et texte de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie](#) - Alain Claeys et Jean Leonetti ont remis au Président de la république leur rapport. Ce document est rédigé comme une proposition de loi. Le texte des deux députés prévoit notamment la reconnaissance d'un « droit à la sédation profonde et continue » et le renforcement du caractère contraignant des directives anticipées. Le Président de la république a annoncé que le gouvernement va organiser en janvier un débat au Parlement sur la fin de vie, puis une proposition de loi sera débattue sur la base des préconisations du rapport.

RAPPORT DE PRÉSENTATION  
ET  
TEXTE DE LA PROPOSITION DE LOI  
DE MM. ALAIN CLAEYS ET JEAN LEONETTI  
CRÉANT DE NOUVEAUX DROITS EN FAVEUR DES MALADES  
ET DES PERSONNES EN FIN DE VIE

## Examen des caractéristiques génétiques - Fins médicales - Bonnes pratiques – Parentèle – Information

[Arrêté du 8 décembre 2014](#) définissant les règles de bonnes pratiques relatives à la mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale - Ces bonnes pratiques concernent le dispositif d'information de la parentèle prévu par le législateur (art. L. 1131-1-2 du code de la santé publique) en cas de diagnostic d'une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention, y compris de conseil génétique, ou de soin. Elles viennent compléter l'arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales, une attention particulière doit notamment porter sur la prescription. « *Ce dispositif d'information de la parentèle ne s'applique qu'aux examens diagnostiques (anomalies génétiques délétères : mutations géniques ou anomalies chromosomiques) et aux examens de prédispositions. Sont exclus de ce champ d'application les examens basés sur l'étude de susceptibilité. L'objectif de ces bonnes pratiques est de donner des indications permettant au médecin prescripteur d'évaluer dans quels cas ce dispositif doit être mis en œuvre, de lui préciser les modalités d'application ou, le cas échéant, d'orienter la personne vers un médecin membre d'une équipe pluridisciplinaire.* »

## Association - Représentant des usagers – Agrément

[Arrêté du 9 décembre 2014](#) portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique - Cet arrêté prévoit qu'est délivré pour cinq ans un agrément au niveau national de l'Association d'aide aux victimes des accidents des médicaments (AAA-VAM).

## Soins psychiatriques sans consentement - Patients pénalement irresponsables - Unités pour malades difficiles (UMD) Contrôle par le juge - Délais de saisine du juge

[Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014](#) relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 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 du 27 septembre 2013 a apporté des modifications importantes au dispositif des soins psychiatriques sans consentement : elle a notamment supprimé les dispositions relatives aux unités pour malades difficiles, restreint le champ de celles concernant les patients pénalement irresponsables, raccourci les délais de contrôle des hospitalisations complètes par le juge d'application des peines ainsi que les délais de saisine de ce juge, modifié le lieu de l'audience (désormais au sein des établissements de santé), rendu obligatoire la présence d'un avocat et supprimé le recours à la visioconférence.

## Psychiatrie – Soins psychiatriques à la demande d'un tiers – Décision d'admission et de maintien en soins psychiatriques sans consentement – Auteur – Identification

[Cour de cassation, première chambre civile, 18 juin 2014, n° 13-16363](#) - Dans le cadre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, une ordonnance du premier Président de la Cour d'appel de Paris a annulé les décisions d'admission et de maintien prises par le directeur d'un centre hospitalier au motif que « *de telles décisions doivent comporter, outre la signature de leur auteur, la mention en caractères lisibles de leurs nom, prénom et qualité* ». Or, la première chambre civile de la Cour de cassation casse et annule cette ordonnance en considérant lorsque « *l'absence de la mention légalement requise des nom, prénom, qualité du signataire d'une décision administrative, exigence dont la finalité est l'identification par le citoyen de l'auteur d'un acte qui le concerne, peut, pourvu qu'ils établissent cette nécessaire information, être suppléée par des éléments extrinsèques portés à la connaissance de l'intéressé* », il appartient au juge d'identifier le signataire de la décision en les comparant avec diverses pièces produites devant lui.

## CADA – Dossier médical – Accès – Patient mineur – Autorité parentale

[Commission d'accès aux documents administratifs, 18 septembre 2014, n° 20142924](#) - La CADA a été saisie par le père d'un patient à la suite du refus opposé par le directeur du centre hospitalier d'accéder au dossier médical de son fils mineur et handicapé pour lequel il est détenteur de l'autorité parentale et notamment les échanges de courriers permettant de connaître l'indication thérapeutique dans laquelle un médicament est prescrit à son fils. Le directeur justifie son refus par le fait que l'exercice exclusif de l'autorité parentale avait été confié à la mère par un jugement en date du 12 mai 2011 « *et que celle-ci exerçait son devoir d'information vis-à-vis du père par l'envoi d'une lettre mensuelle* ». Pour la commission, « *en matière de communication de documents médicaux les titulaires de l'autorité parentale, lorsque la personne intéressée est mineure, exercent le droit d'accès en son nom sans que son consentement soit requis, sauf exceptions prévues par les dispositions combinées des articles L.1111-5 et L.1111-7 du Code de la santé publique. A ce titre, elle considère que le parent qui ne dispose plus de l'exercice de l'autorité parentale demeure néanmoins titulaire de celle-ci au sens des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique. Seul le parent qui s'est vu retirer cette autorité en application des articles 378 et 378-1 du Code civil doit être regardé comme étant privé de l'autorité parentale et, par conséquent, du droit d'obtenir la communication des informations médicales relatives à son enfant mineur* ». La commission considère ainsi qu'en l'espèce le dossier médical du patient mineur était communicable à son père. Cependant cette communication « *doit intervenir après occultation des éventuelles mentions figurant dans les lettres et ne présentant pas un caractère médical dès lors qu'elles sont couvertes par le secret professionnel* ». La commission émet ainsi, sous ces réserves, un avis favorable.

## PERSONNEL



### Médecin - Pays de naissance - Diplômes - Démographie médicale - Observatoire européen

[Rapport](#) du Conseil national de l'Ordre des médecins : Les flux migratoires et trajectoires des médecins - Situation en 2014 – Ce rapport apporte une "étude approfondie sur les flux migratoires et les trajectoires des médecins inscrits au tableau de l'Ordre, nés ou diplômés hors de France. Le tableau de l'Ordre recense actuellement 54 168 médecins nés hors de France, 40 354 d'entre eux ayant une activité régulière sur le territoire français. Croisant les critères pays de naissance/pays de diplôme, on peut observer des typologies très différentes sur lesquelles il est intéressant de s'arrêter". Elle mentionne "une nette préférence pour l'exercice salarié et plutôt dans les régions à forte densité médicale, ce qui ne contribue que très imparfaitement aux enjeux démographiques actuels".



## Fonction publique – Médecine de prévention

Rapport sur la médecine de prévention dans les trois fonctions publiques – Septembre 2014 – Dans ce rapport établi par l'Inspection générale de l'administration, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, « la mission s'est interrogée sur l'organisation et les missions de la médecine de prévention. Le bilan fait apparaître un déficit patent de connaissance de l'existant, quelle que soit la fonction publique. Les modalités d'organisation de la médecine de prévention se sont construites au fil du temps, sans ligne directrice (première partie). Les missions ont été définies en termes très généraux en dehors de toute analyse des moyens disponibles et des besoins des agents en matière de santé au travail (deuxième partie). Dans ces conditions, toute volonté de régler la problématique du vivier des médecins de prévention passe par une réflexion en amont sur la refonte des organisations et des missions qui prennent en compte la question plus générale de la démographie médicale (troisième partie). »

## Ostéopathie – Formation - Référentiel d'activités et de compétences – Accès – Déroulement – Gouvernance – Dispenses d'enseignement

Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie - Ce texte dispose que la durée de la formation en ostéopathie est de cinq années, organisée avec une "formation théorique et pratique de 3 360 heures, sous la forme de cours magistraux, de travaux dirigés et de travaux pratiques" et une "formation pratique clinique encadrée de 1 500 heures incluant 150 consultations complètes et validées". La formation se décompose en unités d'enseignement dans les domaines des sciences fondamentales, sémiologie des altérations de l'état de santé, sciences humaines, sciences sociales, gestion et droit, fondements et modèles de l'ostéopathie, pratique ostéopathique, méthodes et outils de travail et développement des compétences de l'ostéopathe. L'évaluation des connaissances et des compétences est réalisée soit par un contrôle continu et régulier, soit par un examen terminal, soit par ces deux modes de contrôle combinés. Les dispositions de ce décret "sont applicables aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2015. Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date demeurent régis par les dispositions du décret n° 2007-437 du 25 mars 2007". Les conditions d'accès aux études, la maquette de formation, le référentiel de formation incluant les unités d'enseignement et la formation pratique clinique ainsi que leur contenu sont déterminés par arrêtés.

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie - Cet arrêté fixe les conditions d'accès à la formation en ostéopathie, le déroulement de la formation et la délivrance du diplôme. Il évoque en outre les instances de gouvernance : conseil scientifique, conseil pédagogique et conseil de discipline. Ce texte est applicable « *aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2015* ». Enfin, « *les articles 1 à 5 de l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie sont abrogés à compter du 30 juin 2017 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en trois ans, à compter du 30 juin 2018 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en quatre ans, et à compter du 30 juin 2019 pour les établissements agréés dispensant antérieurement à la publication du présent arrêté une formation en cinq ans. L'article 9 de l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la formation en ostéopathie est abrogé* ».

Arrêté du 12 décembre 2014 relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre d'ostéopathe - Ce texte dispose que "*des dispenses de suivi et de validation d'une partie des unités d'enseignement de la formation en ostéopathie définie dans l'arrêté du 12 décembre 2014 relatif à la formation en ostéopathie sont accordées de droit aux personnes titulaires d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine, de sage-femme, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et d'infirmier ainsi qu'aux personnes ayant validé une première année scientifique dans le domaine de la biologie ou de la médecine ou le premier cycle des études médicales dans les conditions prévues aux articles 4 à 10. D'autres dispenses d'enseignements théoriques peuvent être accordées par le directeur de l'établissement de formation en ostéopathie, en fonction de la formation suivie antérieurement et de leur expérience professionnelle. Les candidats pouvant prétendre à des dispenses à plusieurs titres bénéficient de la dispense la plus favorable pour chaque unité d'enseignement*".

#### **Etudiants – Etudes de santé – Grade master**

Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master – A la suite de l'inscription dans le schéma de l'espace européen de l'enseignement supérieur (licence-master-doctorat) des études de santé, ce décret confère aux titulaires des diplômes de formation approfondie en sciences médicales, pharmaceutiques et odontologiques qui sanctionnent un deuxième cycle universitaire le grade universitaire de master. En outre, le décret confère le grade universitaire de master au diplôme d'Etat de sage-femme, au certificat de capacité d'orthophoniste et au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

#### **Orthoptiste – Certificat de capacité**

Arrêté du 20 octobre 2014 relatif aux études en vue du certificat de capacité d'orthoptiste – Cet arrêté vient préciser l'organisation et déroulement des études conduisant au certificat de capacité d'orthoptiste. Est annexé le référentiel d'activité et de compétence du métier d'orthoptiste.

### **Nouvelle bonification indiciaire – Assistants médico-administratifs – Secrétaires médicaux**

[Décret n° 2014-1524 du 16 décembre 2014](#) modifiant le décret n° 2001-979 du 25 octobre 2001 portant attribution de la nouvelle bonification indiciaire à certains personnels de la fonction publique hospitalière et modifiant le décret n° 92-112 du 3 février 1992, le décret n° 94-140 du 14 février 1994 et le décret n° 97-120 du 5 février 1997 relatifs à la nouvelle bonification indiciaire - Ce décret tire les conséquences de la création du corps des assistants médico-administratifs par le décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière. Il remplace au sein du décret n° 2001-979 du 25 octobre 2001 la mention du corps des secrétaires médicaux par la mention du corps des assistants médico-administratifs, permettant à ces derniers de bénéficier de la nouvelle bonification indiciaire.

### **Supplément au diplôme - Infirmier - Ergothérapeute - Manipulateur d'électroradiologie médicale - Pédicure-podologue - Infirmier anesthésiste**

[Arrêté du 23 septembre 2014](#) relatif à la création d'une annexe « Supplément au diplôme » pour les formations paramédicales d'infirmier, d'ergothérapeute, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de pédicure-podologue et d'infirmier anesthésiste - Ce texte ajoute une annexe VII « Supplément au diplôme » à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, à l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, à l'arrêté du 14 juin 2012 relatif au diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale, et une annexe VI « Supplément au diplôme » à l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'Etat de pédicure-podologue ainsi qu'à l'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste.

### **Santé au travail – Risque psychosociaux – Prévention – Collecte de données**

[Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014](#) relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques – Cette instruction a pour objet l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique hospitalière avec la mise en œuvre de l'accord-cadre inter fonctions publiques du 22 octobre 2013. Il est précisé que la prévention des risques professionnels est une obligation réglementaire pour chaque employeur public. Sa prise en compte a des effets notamment sur la santé des personnels, la satisfaction des usagers, la performance des établissements, le dialogue social ou encore l'exposition contentieuse des établissements et de leurs représentants. Il est fait un rappel relatif à ces risques ainsi que sur la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention de ces risques.

### **EHPAD – Personnel – Refus de distribuer des médicaments - Licenciement**

Cour de cassation, chambre sociale, 2 décembre 2014, n°13-28505 - Un personnel, engagé comme agent de service de salle à manger au sein d'un EHPAD s'est vu notifier une mise à pied pour avoir refusé de distribuer des médicaments aux résidents puis a été licenciée pour avoir de nouveau, après une formation pratique sur le sujet, refusé d'effectuer une telle distribution.

La salariée fait grief à l'arrêt de la Cour d'appel de Limoges du 26 février 2013 de décider que son licenciement repose sur une cause réelle et sérieuse.

La Cour de cassation rejette son pourvoi aux motifs qu'il résulte « *de l'article L. 313-26 du code de l'action sociale et des familles qu'au sein des établissements et services* » sociaux et médico-sociaux, « *lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce médicament constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de la vie courante ; que l'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni apprentissage particulier* ».

« *Attendu, ensuite, qu'ayant constaté que la salariée, engagée comme agent de service de salle à manger, distribuait les médicaments et assistait les résidents à la prise de médicaments lors des repas, conformément à sa fiche de poste, mais qu'après que certains de ces repas avaient été servis dans les chambres, elle avait refusé de remettre à leurs destinataires les piluliers nominatifs placés sur les plateaux repas qu'elle distribuait, la cour d'appel en a exactement déduit que la salariée avait commis une faute, et, faisant usage des pouvoirs qu'elle tient de l'article L. 1235-1 du code du travail, a décidé que le licenciement était fondé sur une cause réelle et sérieuse* ».

### **Masseurs-kinésithérapeutes – Qualification – Reconnaissance – « Fasciathérapie »**

Conseil d'Etat, 8 décembre 2014, n° 364750 - Par cette décision, le Conseil d'Etat a estimé que le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (Cnomk) a fait usage des pouvoirs qui lui sont reconnus et n'a pas excédé sa compétence en refusant d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à se prévaloir d'une qualification en « fasciathérapie ». Il donne ainsi raison au Cnomk concernant son avis en date du 22 juin 2012 contre la reconnaissance de la « fasciathérapie » « *comme une qualification, un diplôme, un titre, un grade, une fonction, une spécificité ou une spécialité de la masso-kinésithérapie* ». Cet avis précise également que « *l'usage par un masseur kinésithérapeute des termes « fasciathérapeute » et « fasciathérapie » constitue une faute disciplinaire* ». La Haute juridiction administrative estime que le Cnomk est compétent pour déterminer les qualifications, titres, grades, diplômes et fonctions que les masseurs-kinésithérapeutes sont autorisés à mentionner dans leurs documents professionnels, dans des annuaires et sur leurs plaques. Elle indique également que le Cnomk a énoncé avec clarté les considérations de droit et de fait sur lesquelles repose son refus d'autoriser les masseurs-kinésithérapeutes à faire état d'une qualification en la matière. Elle valide ainsi l'étude du Cnomk et la justification du refus liée à l'insuffisance de données scientifiques en la matière et affirme qu'il revient au Cnomk de vérifier la qualité des soins.

## ORGANISATION DES SOINS

### Mineurs isolés étrangers – Protocole

[Rapport « Evaluation du dispositif relatif aux mineurs isolés étrangers mis en place par le protocole et la circulaire du 31 mai 2013 »](#) - Par lettre de mission du 6 janvier 2014, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et la ministre des affaires sociales et de la santé ont chargé l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de conduire une mission d'évaluation du dispositif des mineurs isolés étrangers (MIE).

### Etablissement recevant du public - Etablissement public de santé - Accessibilité

[Arrêté du 8 décembre 2014](#) fixant les dispositions prises pour l'application des articles R. 111-19-7 à R. 111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret n° 2006-555 relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public - Ce texte "*détaille les dispositions prévues à l'article 5 du décret n° 2014-1326 du 5 novembre 2014 modifiant les dispositions du code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public. Il définit les règles techniques d'accessibilité applicables aux établissements recevant du public situés dans un cadre bâti existant et aux installations ouvertes au public existantes*". Il entre en vigueur à compter du 1er janvier 2015.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Dispositif médical – Prescription – Union européenne – Reconnaissance

[Décret n° 2014-1525 du 17 décembre 2014](#) relatif à la reconnaissance des prescriptions de dispositifs médicaux établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne - Ce texte porte sur la "*reconnaissance dans les autres Etats membres de l'Union européenne des prescriptions établies en France*" et sur la "*délivrance en France des dispositifs médicaux prescrits par un professionnel de santé dans un autre Etat membre*". Il est pris pour la transposition du paragraphe 1 de l'article 11 de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers et de la directive d'exécution 2012/52/UE de la Commission du 20 décembre 2012 établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre. D'une part, ce décret fixe "*les mentions obligatoires devant figurer sur une prescription de dispositif médical pour que celle-ci puisse être délivrée dans un autre Etat membre de l'Union européenne*" et d'autre part, "*les conditions dans lesquelles, en France, les personnes légalement habilitées à délivrer des dispositifs médicaux délivrent ces produits sur prescription d'un professionnel de santé établi dans un autre Etat membre et autorisé ou habilité à prescrire dans cet Etat.*"

## **Ebola – Personnels de santé – Traitements – Utilisation**

[Arrêté du 4 décembre 2014](#) autorisant l'utilisation de traitements pour des personnels de santé en milieu de soins exposés au virus Ebola - Cet arrêté dispose qu'à titre dérogatoire, "le médicament contenant la substance Favipiravir peut être importé, stocké, distribué, prescrit, dispensé et administré, pour la prise en charge des personnels de santé en milieu de soins exposés au virus Ebola, dans les établissements de santé de référence (ESR)". Ces dispositions seront levées par un arrêté du ministre chargé de la santé dès lors qu'elles ne sont plus justifiées.

## **Ebola - Suspicion de malade à bord d'un avion ou d'un navire - Dispositif de détection systématique dans les ports**

[Instruction du 21 novembre 2014](#) relative à la suspicion de malade Ebola à bord d'un avion ou d'un navire et au dispositif de détection systématique dans les ports - L'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, qui touche essentiellement la Guinée, le Liberia et la Sierra Leone, nécessite une adaptation des mesures de détection aux frontières aériennes et maritimes du territoire métropolitain et ultramarin, et de prise en charge des cas suspects et/ou avérés à bord d'un avion ou d'un navire.

## **Mobilisation - Réserve sanitaire**

[Arrêté du 5 décembre 2014](#) relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire - Cet arrêté dispose que "*deux réservistes appartenant à la réserve sanitaire sont mobilisés pour une période de trois jours à compter du 8 décembre 2014, dans le cadre de l'organisation du sas de fin de mission*", et que "*deux réservistes mentionnés à l'article 1er sont affectés pour l'exercice de cette mission auprès du directeur général de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie*".

## **Maladie infectieuse - Notification obligatoire – Fiche de notification**

[Arrêté du 24 septembre 2014](#) modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 12 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique - Cet arrêté comporte en annexe la nouvelle fiche de notification obligatoire à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les cas d'infection invasive à méningocoque, telle que figurant à l'annexe 12 de l'arrêté du 22 août 2011.

### Question prioritaire de constitutionnalité – Biologie médicale – Facturation – Conformité

Conseil constitutionnel, 5 décembre 2014, n° 2014-434 QPC - Le Conseil constitutionnel était saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur les dispositions de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique, aux termes duquel « *sous réserve des coopérations dans le domaine de la biologie médicale menées entre des établissements de santé dans le cadre de conventions, de groupements de coopération sanitaire ou de communautés hospitalières de territoire et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif des actes de biologie médicale fixé en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale* ». Le laboratoire de biologie médicale requérant indiquait qu'en " *interdisant les remises sur le prix des examens réalisés par un laboratoire prestataire de service pour un autre laboratoire de biologie médicale ou pour un établissement de santé, ces dispositions apportent une restriction non justifiée à la liberté de fixation de leurs tarifs par les laboratoires de biologie médicale ; que l'augmentation du coût qui en résulte pour les établissements de santé porterait en outre atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle de bon emploi des deniers publics ; qu'enfin, en excluant du champ de cette interdiction les laboratoires intégrés à des établissements de santé et ceux ayant conclu avec d'autres laboratoires des contrats de coopération, ces dispositions porteraient atteinte au principe d'égalité devant la loi*".

Le Conseil constitutionnel rejette ces arguments en indiquant que " *le législateur a entendu favoriser le développement des laboratoires de biologie médicale intégrés aux établissements de santé afin de maintenir des compétences en biologie médicale dans ces établissements et sur l'ensemble du territoire ; qu'il a également entendu encourager les contrats de coopération entre les laboratoires de biologie médicale pour que ceux-ci, lorsqu'ils sont situés dans un même territoire médical infrarégional, mutualisent certains de leurs moyens ; que la sécurité sociale prend en charge une large part des dépenses dans le secteur de la biologie médicale ; que ces dispositions poursuivent un but d'intérêt général ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, qui ne dispose pas d'un pouvoir d'appréciation de même nature que celui du Parlement, de substituer son appréciation à celle du législateur sur le choix de poursuivre de tels objectifs plutôt que de favoriser la concurrence par les prix dans ce secteur ; que, d'une part, les règles de tarification qui résultent de l'article L. 6211-21 du code de la santé publique n'entraînent pas une atteinte à la liberté d'entreprendre disproportionnée au regard des objectifs poursuivis ; que, d'autre part, les différences de traitement qui résultent des exceptions à la règle de facturation au tarif fixé sont en rapport direct avec l'objet de la loi ; qu'il suit de là que les griefs tirés de l'atteinte à la liberté d'entreprendre et de la violation du principe d'égalité doivent être écartés*".

## FRAIS DE SÉJOUR

### Sécurité sociale – Année 2015 – Plafond

Arrêté du 26 novembre 2014 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2015.

## Union nationale des caisses d'assurance maladie – Médicaments – Participation de l'assuré

[Décret n° 2014-1533 du 17 décembre 2014](#) relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour l'honoraire de dispensation par conditionnement – Ce décret détermine les limites dans lesquelles l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) fixe les taux de participation de l'assuré aux frais relatifs à l'honoraire de dispensation dû aux pharmaciens pour la délivrance de médicaments. Ces limites seront identiques à celles prévues pour la participation des assurés aux frais relatifs aux médicaments eux-mêmes.

## Médicaments – Assurance maladie – Prise en charge – Franchise

[Décret n° 2014-1534 du 17 décembre 2014](#) relatif aux frais d'acquisition des médicaments pris en compte pour l'application du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale – Ce décret précise les modalités de détermination de la franchise due sur les frais relatifs aux médicaments pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, le montant servant de base au calcul des prestations comprend le prix de vente du médicament et le montant de l'honoraire de dispensation y afférent.

# MARCHÉS PUBLICS

## Passation de marchés – Procédure d'appel d'offre restreint – Variantes

[Conseil d'Etat, 3 décembre 2014, n°384180](#) - Pour annuler la procédure de passation d'un marché, le juge des référés du Tribunal administratif de Nantes a jugé que le manque de précisions sur les exigences minimales qui devaient être respectées par les variantes, conformément à l'article 50 du code des marchés publics, était susceptible d'avoir lésé la société X dès lors qu'il avait pu exercer une influence sur la présentation et la sélection des offres. Le Conseil d'Etat considère qu'en statuant ainsi, « alors qu'il ressortait des pièces du dossier soumises à son examen, d'une part, que la société X se bornait à invoquer la méconnaissance de l'article 50 du code des marchés publics, laquelle ne suffit pas, à elle seule, à établir l'existence d'un intérêt lésé, et, d'autre part, que c'est, au demeurant, l'offre de base du groupement attributaire qui a été retenue par la pouvoir adjudicateur et non une variante, le juge des référés a inexactement qualifié les faits qui lui étaient soumis ». En l'espèce, un département français avait lancé une procédure d'appel d'offres restreint pour l'attribution d'un marché public de conception-réalisation. Par une décision du 16 juillet 2014, la société X a été informée du rejet de son offre. Pour rappel, le I de l'article 50 du code des marchés publics dispose que « *pour les marchés passés selon une procédure formalisée, lorsque le pouvoir adjudicateur se fonde sur plusieurs critères pour attribuer le marché, il peut autoriser les candidats à présenter des variantes. Le pouvoir adjudicateur indique dans l'avis d'appel public à la concurrence ou dans les documents de la consultation s'il autorise ou non les variantes ; à défaut d'indication, les variantes ne sont pas admises / les documents de la consultation mentionnent les exigences minimales que les variantes doivent respecter ainsi que les modalités de leur présentation. Seules les variantes répondant à ces exigences minimales peuvent être prises en considération* ».

## DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

### Hôpital – Immobilier – Vente – Mairie

[Cour administrative d'appel de Lyon, 19 novembre 2014, n° 14LY00659](#) - Par cet arrêt, la cour administrative d'appel de Lyon annule la délibération d'un conseil municipal en date du 28 juin 2013 qui avait fait échouer une transaction immobilière entre un centre hospitalier universitaire et une société civile immobilière. En effet, le 5 mars 2014, cet établissement public de santé avait déposé une requête auprès de la cour pour lui demander d'annuler cette délibération. La même requête avait été présentée le 6 mars par la société civile immobilière. Le CHU et la SCI contestaient cette délibération qui avait entraîné une modification du plan d'occupation des sols de commune et qui avait in fine fait échouer la transaction financière prévue entre le CHU et la SCI.

La modification litigieuse du plan entraînait notamment une réduction des droits à construire de 110 000 m<sup>2</sup> à 55 000 m<sup>2</sup>, consacrait le tiers du site à la réalisation d'espaces verts, de cheminements en modes doux, d'un parking et de deux bibliothèques et ramenait à 22 mètres la hauteur maximale autorisée pour les constructions autres que les équipements collectifs d'intérêt général à 28 mètres précédemment. Or, la recherche d'un repreneur par le CHU a finalement abouti le 15 janvier 2013 à la signature avec la SCI d'une promesse de vente portant sur la totalité du site, laquelle comprenait une condition suspensive à savoir l'obtention d'un permis d'aménager un ensemble immobilier d'une surface de plancher équivalente à 69 000 m<sup>2</sup>.

La cour administrative d'appel annule ainsi le jugement du tribunal administratif ainsi que la délibération du conseil municipal en relevant notamment que « *seule pouvait être mise en œuvre la procédure de révision, et non celle de modification, compte tenu de l'altération portée à l'économie générale du plan* ». Elle considère également que la réduction de moitié des droits à construire est contraire au parti-pris d'urbanisme antérieurement adopté et que la délibération litigieuse doit être regardée comme procédant d'un détournement de pouvoir.

## PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

### Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) – Mediator – Traitement de données – Communication

Commission d'accès aux documents administratifs, 21 novembre 2013, n° 20134348 - La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a été saisie pour le compte d'un collectif, à la suite du refus opposé par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à la demande de communication des informations relatives à la consommation du Mediator entre 1999 – année de création de la base SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) – et 2009 (correspondant à l'année d'arrêt de commercialisation du médicament). La CADA considère que l'extraction des informations sollicitées par le collectif ne nécessite pas un traitement des données source de la base excédant « *un usage courant, dès lors que ces informations correspondent (...) à l'agrégation de données que le SNIIRAM a pour vocation de répertoire* » et estime « *dans ces conditions, que la demande du collectif ne peut être regardée comme portant sur la constitution d'un nouveau document* ». Elle relève également que le collectif peut demander, sur le fondement du droit d'accès prévu par la loi du 17 juillet 1978, la communication des documents administratifs résultant de l'extraction des données de ce système d'information dans les limites et conditions prévues par celle-ci. Par ailleurs, elle indique que l'existence d'instructions judiciaires actuellement en cours devant le Tribunal de grande instance de Paris dans l'affaire dite du Mediator ne suffit pas à faire regarder la communication de ces informations comme étant de nature à porter atteinte au déroulement des procédures engagées devant les juridictions. Elle précise que « *cette restriction au droit d'accès ne trouve (...) à s'appliquer que lorsque la communication des documents serait de nature à porter atteinte au déroulement de l'instruction, à retarder le jugement de l'affaire, à compliquer l'office du juge, ou à empiéter sur ses compétences et prérogatives, ce qui n'est pas le cas en l'espèce* ».

La CADA considère également que « *les données dont le collectif sollicite la communication, si elles revêtent un caractère médical, ne constituent pas un extrait des données source de la base mais (...) correspondent, après traitement automatisé d'usage courant de ces données, à des informations anonymes et globales, par année et par département, ne permettant pas, compte tenu de leur niveau d'agrégation, l'identification, même indirecte, des patients ou des médecins concernés* ». Elle émet ainsi un avis favorable à la demande de communication de ces informations au collectif, « *sous la forme demandée par celui-ci, qui n'est pas de nature à porter atteinte au secret médical ou au secret en matière commerciale et industrielle, ni à aucun autre intérêt protégé par le II de l'article 6 par la loi du 17 juillet 1978* ».

## PUBLICATIONS AP-HP

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

