

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 07 au 20 janvier 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Responsabilité médicale	page 4
Personnel	page 4
Patient hospitalisé	page 6
Organisation des soins	page 8
Réglementation sanitaire	page 10
Domaine public et privé	page 11
Publications	page 12

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Laura COURTOIS

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

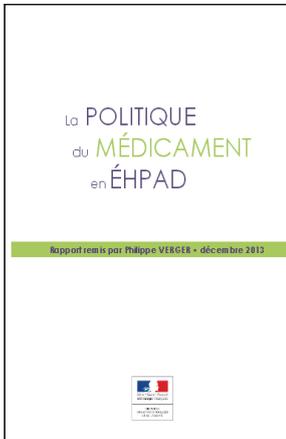
Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Médicament - Circuit du médicament - Prévention - Système d'information



Rapport relatif à la politique du médicament en EHPAD - décembre 2013 – Suite à l'expérimentation relative aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière sur le budget des EHPAD, issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le Gouvernement souhaite « *que la mobilisation des professionnels se poursuive et qu'un plan d'action ambitieux soit déployé* » pour répondre « *aux besoins et attentes des usagers* ». Ce rapport vise à présenter des « *propositions stratégiques et opérationnelles* », sur cinq axes : l'amélioration de l'usage des médicaments, la sécurisation du circuit du médicament, l'encouragement des actions alternatives et complémentaires (formation des personnels et renforcement des activités de recherche), l'optimisation du système d'information des EHPAD, et le développement de la recherche relative au médicament chez le sujet âgé (essais thérapeutiques, recherche de galénique, promotion de la rédaction de directives anticipées).

Financement - Tarification à l'activité (T2A) - Activité - Nombre moyen de séjours - Attractivité

Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?, Etudes et résultats n° 862



de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), janvier 2014 - Sur la base des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), cette étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) révèle qu'entre "2005 et 2008, le nombre moyen de séjours aurait augmenté de 2,5 par établissement et par type de séjour, soit une hausse de 9,3 %, dans les établissements publics ou privés à but non lucratif par rapport aux établissements privés à but lucratif" en chirurgie. Elle en conclut que la mise en place de la T2A aurait "permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse".

Etablissements de santé – Système hospitalier – Equipements – Personnels – Financements – Urgences hospitalières – Hospitalisation de court séjour

Le panorama des établissements de santé - édition 2013 - Collection Études et statistiques – 8 janvier 2014 –

« Cet ouvrage présente les principales données relatives au système hospitalier français : elles portent sur les équipements, personnels et financements qui concourent aux différentes prises en charge par les établissements, ainsi que sur leur activité et leur clientèle.

Des dossiers permettent d'approfondir des questions structurelles et d'éclairer les mutations du monde hospitalier. Les fiches thématiques comportent chacune une sélection de figures accompagnées d'un commentaire présentant les traits les plus caractéristiques des domaines abordés. » A noter les 3 dossiers suivants :

- 1- Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?
- 2- Le panorama des établissements de santé - édition 2013 Hospitalisation de court séjour - Évolution des parts de marché entre 2003 et 2011
- 3- Le panorama des établissements de santé - édition 2013 Tarification à l'activité et concurrence non tarifaire



Etablissements publics de santé – Comptabilité - Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) – Nomenclature des comptes

[Arrêté du 31 décembre 2013](#) portant modification de l'arrêté du 17 octobre 2007 fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements publics de santé

Etablissements publics de santé - Groupements de coopération sanitaire (GCS) - Groupements d'intérêt public (GIP) - Gestion budgétaire – Comptable publique

[Arrêté du 6 janvier 2014](#) modifiant l'arrêté du 11 mai 2011 pris en application du préambule de l'annexe I du code général des collectivités territoriales et de l'article 42 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique – Ce texte a pour objet d'actualiser le plafond de dispense de production des pièces justificatives au comptable public dans le cadre du contrôle allégé en partenariat des dépenses des organismes précités dont les modalités sont fixées par l'arrêté du 11 mai 2011. Il est désormais de 2 000 euros pour les dépenses des rubriques n° 2 et n° 3 de la liste des pièces justificatives figurant à l'annexe I du code général des collectivités territoriales, et de 1 000 euros pour les autres dépenses.

Protocole de coopération entre professionnels de santé – Article 51 loi HPST – Haute autorité de santé (HAS) – Agence régionale de santé (ARS) - Vaccination – Infirmiers

[Arrêté du 6 décembre 2013 de l'ARS de Haute Normandie et Avis du 29 mai 2013 du Collège de la HAS relatif au protocole de coopération 048 « Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un\(e\) infirmier\(e\) en lieu et place d'un médecin »](#) - Le Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Haute-Normandie a signé le 6 décembre 2013 un arrêté autorisant un nouveau protocole de coopération, entre médecin et infirmier intitulé « *Consultation, décision et prescription de vaccination pour les usagers par un(e) infirmier(e) en lieu et place d'un médecin* ». Ce protocole de coopération interprofessionnelle est né à l'initiative de professionnels de santé exerçant majoritairement à l'hôpital de la Risle à Pont Audemer, dans l'Eure.

Ce protocole de coopération entre professionnels de santé pour lequel la Haute autorité de santé a rendu un avis favorable le 29 mai 2013 a pour objet de confier à un(e) infirmier(e) la prise en charge des personnes d'au moins 6 ans, souhaitant être vaccinées et plus précisément à : décider et prescrire le(s) vaccin(s), pratiquer l'administration vaccinale (non dérogatoire), mettre à jour le carnet vaccinal, gérer les effets secondaires. La HAS a considéré que ce protocole permet de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) - Hospitalisation à domicile (HAD) - Activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

[Arrêté du 8 janvier 2014](#) modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) - Organisation - Compétences - Conflits d'intérêts - Prévention

[Décret n° 2014-19 du 9 janvier 2014](#) portant simplification et adaptation des dispositifs d'indemnisation gérés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales - Ce décret diminue de vingt à douze le nombre de membres des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CCI), et de vingt-quatre à dix-huit pour la Commission nationale des accidents médicaux. Les présidents des CCI peuvent désormais rejeter les demandes pour lesquelles la gravité des dommages allégués est manifestement inférieure au seuil légal. Par ailleurs, le décret prévoit l'application des dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêts issues de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé aux membres des CCI. Concernant l'ONIAM, il doit adresser aux CCI les motifs de son refus de suivre leurs avis.

PERSONNEL

Fonction publique – Directeurs de soins – Statut – Revalorisation indiciaire – Accès à l'emploi titulaire – Recherche d'affectation

[Décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014](#) modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière – Ce décret vient modifier le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 afin de prendre en compte les nouvelles dispositions résultant de la revalorisation indiciaire qui porte notamment l'échelon terminal du corps à l'indice brut 1015. Est créé un dernier échelon du grade d'avancement désormais accessible à tous les agents du corps de ce grade sans conditions de fonctions.

Fonction publique – Directeurs de soins – Emplois fonctionnels – Statut – Classement indiciaire

[Décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014](#) relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Ce décret fixe le statut d'emploi fonctionnel de directeur des soins de certains établissements sanitaires et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Ces emplois sont classés, en fonction de leur importance, en deux groupes. Pour chacun de ces deux groupes, le nombre d'emplois fonctionnels régis par ce présent décret est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique. Il fixe les modalités de nomination dans ces emplois, la durée du détachement ainsi que le nombre d'échelons.

[Décret n° 2014-9 du 7 janvier 2014](#) relatif au classement indiciaire applicable au corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et aux emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Ce décret fixe le classement indiciaire des deux grades du corps des directeurs des soins, qui débute à l'indice brut 580 dans la classe normale, et atteint l'indice brut 1015 en hors-classe ; à compter du 1er juillet 2015, il débutera à l'indice brut 610 et atteindra l'indice brut 1015. Le classement dans le premier groupe d'emploi fonctionnel de directeur de soins commence à l'indice brut 985 et culmine à la hors-échelle B. Dans le deuxième groupe, il débute à l'indice brut 857 et culmine à la hors-échelle A.

[Arrêté du 7 janvier 2014](#) fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs des soins relevant du groupe II mentionné à l'article 1er du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – S'agissant de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, cet arrêté fixe la liste et le nombre des emplois de coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques à 10 emplois.

[Arrêté du 7 janvier 2014](#) relatif à l'échelonnement indiciaire du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et à l'échelonnement indiciaire des emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

[Arrêté du 7 janvier 2014](#) fixant le nombre d'emplois fonctionnels de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et la liste des emplois fonctionnels du groupe I - Le nombre des emplois fonctionnels de directeur des soins classés dans le groupe I mentionné à l'article 1er du décret du 7 janvier 2014 est fixé à 3 dont un Coordonnateur général des soins de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

Personnel - Indemnité de garantie individuelle du pouvoir d'achat

[Décret n° 2014-33 du 14 janvier 2014](#) modifiant le décret n° 2008-539 du 6 juin 2008 relatif à l'instauration d'une indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat – Ce décret proroge en 2014 l'application de la garantie individuelle du pouvoir d'achat. Il fixe également la période de référence prise en compte pour la mise en œuvre de cette indemnité.

Sécurité et santé au travail – Signalisation

[Arrêté du 2 août 2013](#) modifiant l'arrêté du 4 novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au travail – Cet arrêté vient modifier l'arrêté du 4 novembre 1993 relatif à la signalisation de sécurité et de santé au travail. « La référence à la norme NF X 08-003 est remplacée par la référence à la norme NF EN ISO 7010, version avril 2013, pour les nouveaux panneaux qui seront installés sur les lieux de travail à compter du 1er janvier 2014. Par ailleurs, les panneaux déjà installés sur les lieux de travail conformément à la norme NF X 08-003 ou à toute autre norme en vigueur dans un autre Etat membre de l'Union européenne justifiant d'une équivalence avec la norme française ou à la norme NF EN ISO 7010, version avril 2013, demeurent conformes. Le présent arrêté met également à jour les références des articles ou textes cités dans l'arrêté du 4 novembre 1993. »

Fonction publique - Harcèlement sexuel - Définition

Conseil d'État, 15 janvier 2014, n° 362495 - Saisi dans le cadre d'un contentieux portant sur une sanction d'exclusion temporaire de fonctions, motivée par le « *comportement inadapté et équivoque à l'égard d'agents féminins* » placés sous l'autorité de l'agent, le Conseil d'Etat précise dans cette décision la notion de harcèlement sexuel. Il indique que sont constitutifs de harcèlement sexuel « *des comportements à connotation sexuelle, répétés ou même, lorsqu'ils atteignent un certain degré de gravité, non répétés, tenus dans le cadre ou à l'occasion du service, non désirés par celui ou celle qui en est le destinataire et ayant pour objet ou pour effet soit de porter atteinte à sa dignité, soit, notamment lorsqu'ils sont le fait d'un supérieur hiérarchique ou d'une personne qu'elle pense susceptible d'avoir une influence sur ses conditions de travail ou le déroulement de sa carrière, de créer à l'encontre de la victime, une situation intimidante, hostile ou offensante* ».

A noter que la sanction ayant été prononcée en 2008, le Conseil d'Etat a interprété la notion de « *harcèlement* » au sens de l'article 6 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dans sa rédaction antérieure à sa modification par la loi n° 2012-954 du 6 août 2012, qui a précisé les éléments constitutifs du harcèlement sexuel.

Accident du travail - Maladie professionnelle - Absence de faute - Réparation intégrale – Préjudices

Conseil d'Etat, 16 décembre 2013, n° 353798 – Mme Y., infirmière au bloc opératoire, souffre d'asthme allergique. Cette maladie ayant été reconnue comme maladie professionnelle, Mme Y. recherche la responsabilité pour faute du centre hospitalier X. afin d'obtenir réparation de l'intégralité des préjudices qu'elle a subis.

Le Conseil d'Etat considère que Mme Y. ne peut prétendre à la réparation de l'ensemble des préjudices résultant de sa maladie professionnelle que si cette maladie doit être regardée comme la conséquence d'une faute de service imputable au centre hospitalier. En l'espèce, le centre hospitalier n'a pas commis de faute, Mme Y. ne peut obtenir réparation que de ses seuls préjudices personnels et des préjudices patrimoniaux non réparés forfaitairement par l'allocation temporaire d'invalidité qu'elle a perçue.

PATIENT HOSPITALISÉ

Dossier médical - Assureur - Communication - Formulaire type - Ayant-droit - Contrat d'assurance-vie - Secret médical

Défenseur des droits, 26 novembre 2013, n° MSP 2013-209 – Cette décision du Défenseur des droits vient rappeler les modalités de communication aux compagnies d'assurance d'informations couvertes par le secret médical et concernant une personne décédée. Elle présente également les six recommandations du Défenseur des droits en la matière : 1- L'acceptation par les compagnies des certificats médicaux établis par les professionnels de santé, sans que ne puisse être opposable le formulaires type rédigés par les assurances ; 2- L'attention portée à la compatibilité des informations demandées par les compagnies d'assurance avec le secret médical ; 3- Le respect par les compagnies d'assurance des conditions matérielles de transmission des informations propres à en garantir la confidentialité ; 4- L'adaptation des demandes de communication d'informations médicales à la qualité du bénéficiaire du contrat d'assurance-vie (ayant-droit ou non) ; 5-

La mise en œuvre d'une réflexion ministérielle destinée à « *remédier dans un délai raisonnable à l'inégalité de traitement* » existant entre les bénéficiaires de contrats d'assurance-vie, selon leur qualité d'ayant-droit du défunt ou non ; 6- La diffusion la plus large possible de ces recommandations auprès des sociétés d'assurance.



Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Décès – Domicile – Site privé ou public- Constats – Certificat



Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'octobre 2013 Section éthique et déontologie « Constats et certificats de décès à domicile ou sur site privé ou public : aspects éthiques et déontologiques » - Dans ce rapport, le Conseil national de l'ordre des médecins rappelle que la rédaction des certificats liés au décès entre dans les obligations déontologiques des praticiens qui doivent assurer cette mission médico-administrative dans le respect des personnes et des familles qu'ils ont accompagnées. Même si aucun texte n'impose de délai pour la rédaction d'un certificat de décès « *par respect des familles et dans l'intérêt de leurs démarches il reste cependant évident qu'il convient de répondre à ces demandes dans les meilleurs délais possibles. Compte tenu des dispositions relatives aux opérations funéraires, ce délai ne devrait en aucun cas excéder 24 heures après la demande d'intervention.* ». Le CNOM constate que cette obligation déontologique se heurte à « *un nombre croissant de difficultés techniques et administratives aggravées par la raréfaction de la ressource médicale* » particulièrement marquées pendant la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Le CNOM constate également « *avec intérêt, que les pouvoirs publics ont appelé à maintes reprises à ce que ce dysfonctionnement trouve déjà une solution possible, pour les horaires de la PDSA, dans le cadre du cahier des charges établi sur chaque territoire par les Agences régionales de santé et note que certains territoires ont mis en place un dispositif expérimental à ce titre, résolvant de façon partielle ce dysfonctionnement administratif.* » Enfin le CNOM appelle les différents acteurs de la santé et de l'Etat à une réflexion sur cette mission tant sur les « *horaires de la continuité des soins que ceux de la permanence des soins, en l'inscrivant dans un cadre administratif défini, précis et homogène.* ».

Mineur - Soins de suite et de réadaptation (SSR) - Accès aux soins - Inégalités territoriales - Durée des soins



Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010, Études et résultats n° 861 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), décembre 2013 - Dans ce rapport, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) présente la prise en charge des mineurs dans les services de soins de suite et de réadaptation en 2010, qui "*représente 5 % de l'activité globale de SSR*", ce qui correspond à 32 000 enfants et 73 000 séjours. Les garçons sont "*surreprésentés*" pour l'ensemble des principales pathologies prises en charge (paralysies, arthropathies, troubles mentaux et du développement), sauf pour l'obésité, où les filles sont majoritaires. Est également évoquée la question des "*disparités territoriales dans l'accès*" à ces soins spécialisés.

Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante – Sortie contre avis médical – Nécessité d'un écrit

Cour de cassation, 12 décembre 2013, n°12-29392 - En l'espèce, M. X alors âgé de 82 ans a été accueilli temporairement par un EHPAD où il a séjourné entre le 20 novembre 2006 et le 28 février 2007 avant d'être transféré, à la suite d'une pneumopathie, vers une structure hospitalière où il est décédé le 9 mai 2007. Invoquant l'existence de fautes commises par l'EHPAD, notamment le défaut de prise en compte de la volonté de son père, Mme X. a assigné cet établissement en responsabilité et en indemnisation de son préjudice moral.

La Cour retient, au regard des éléments de preuves produits par les parties, que M. X. « *n'avait formalisé auprès de la direction (de cet EHPAD) aucune demande expresse tendant à voir interrompre sa prise en charge contre avis médical* » et rejette ainsi le pourvoi formé par Mme X.

ORGANISATION DES SOINS

Limitation et arrêt de traitement - Alimentation artificielle - Hydratation artificielle - Droit à la vie – Arrêt des soins et traitements – Définition - Liberté fondamentale – Atteinte grave et manifestement illégale

Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, 16 janvier 2014, n° 1400029 – Le Tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, saisi d'un référé-liberté, s'est opposé pour la seconde fois à l'arrêt de l'alimentation de Monsieur B., tétraplégique en état de coma pauci-relationnel, hospitalisé au CHU de W.

En l'espèce, M.B, suite à accident de la route en septembre 2008, a subi un traumatisme crânien le laissant dans un état « *pauci-relationnel* ». Il est actuellement hospitalisé au sein de l'unité de soins et de suite et de réadaptation du CHU de W. au sein duquel il reçoit une alimentation et une hydratation artificielles.

En avril 2013, une décision d'arrêt de l'alimentation artificielle et de réduction de l'hydratation avait été prise par l'équipe du service de médecine palliative du CHU. Les parents du patient avaient saisi le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne qui avait annulé la décision de l'hôpital considérant qu'il n'avait pas informé les parents de la mise en œuvre d'une procédure collégiale. Le 11 janvier 2014, le chef de service a décidé de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation artificielles du patient à compter du lundi 13 janvier 2014 à 19 heures.

M. et Mme X., parents de M. B., ainsi que M. Y et Mme Z., frère et sœur de M. B., demandent au juge d'interdire au CHU W. et au Dr A. « *de faire supprimer l'alimentation et l'hydratation de M. B., et, si elles ont été supprimées, de les rétablir immédiatement et de prodiguer tous les soins nécessaires au patient* », ainsi que le transfert du patient dans un autre service. M. U, neveu de M. B., et Mme T. épouse de M. B., interviennent à l'instance, et concluent tous deux au rejet de la requête.

Statuant en formation plénière, le Tribunal considère en premier lieu que l'exécution de la décision de mettre fin à l'alimentation et l'hydratation du patient entraînera, eu égard à son état de dépendance, sa mort à très bref délai, de sorte qu'est portée à son droit au respect à la vie une atteinte caractérisée.

Par la suite, le Tribunal recherche le caractère grave et manifestement illégale de l'atteinte au droit au respect de la vie, qui constitue une liberté fondamentale « *rappelée notamment par l'article 2 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* ». Le Tribunal relève d'abord que les dispositions de l'article 2 de la CEDH « *ne s'opposent pas à ce qu'un Etat réglemente la possibilité pour un individu de s'opposer à un traitement qui pourrait avoir pour effet de prolonger sa vie ou celle ouverte à un médecin en charge d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté et dont il estime, après avoir mis en œuvre un ensemble de garanties tenant à la consultation d'au moins un confrère, de l'équipe de soins, des directives anticipées rédigées par le patient et de sa famille, que le traitement qui lui est administré consiste en une obstination déraisonnable, de mettre fin à ce traitement, cette possibilité s'exerçant sous le contrôle du conseil de l'ordre des médecins, sous celui du comité d'éthique du centre hospitalier le cas échéant, ainsi que du juge administratif et du juge pénal* ».

Il indique en outre que l'absence de définition « *du terme de traitement non plus que des actes ou soins susceptibles d'être regardés comme maintenant artificiellement la vie ne porte atteinte ni au droit à un procès équitable, ni au principe de légalité des délits et des peines* ».

Le Tribunal estime par ailleurs que l'alimentation et l'hydratation artificielles par voie entérale constituent des traitements, dans la mesure où elles « *empruntent aux médicaments le monopole de distribution des pharmacies, ont pour objet d'apporter des nutriments spécifiques au patient dont les fonctions sont altérées, et nécessitent en l'espèce le recours à des techniques invasives en vue de leur administration* ».

S'agissant de l'argument tiré du fait que la décision d'arrêt d'alimentation et d'hydratation artificielles serait fondée sur la volonté même de M. B., le Tribunal estime que cette volonté est incertaine : « *s'il résulte à cet égard de l'instruction que le patient a exprimé pareille position devant un de ses frères et son épouse, cette expression, qui n'est au demeurant pas datée avec précision, émanait d'une personne valide qui n'était pas confrontée aux conséquences immédiates de son souhait et ne se trouvait pas dans le contexte d'une manifestation formelle d'une volonté expresse, et ce quelle qu'ait été sa connaissance professionnelle de la situation de patients en état de dépendance ou de handicap ; que la circonstance que le patient aurait entretenu des relations conflictuelles avec ses parents et ne partagerait pas leurs valeurs morales ou leurs engagements religieux, ce dont atteste la majorité des membres de sa fratrie, ne permet pas davantage de regarder M. B comme ayant manifesté une volonté certaine de refuser tout traitement s'il devait subir une altération de ses fonctions motrices et cognitives telle que celle qu'il connaît aujourd'hui ; que, par ailleurs, il ne saurait être déduit des manifestations pouvant traduire le déplaisir et l'inconfort qu'induisaient les soins, qui ont été unanimement constatées par le personnel soignant à la fin de l'année 2012 et au début de l'année 2013, dont il est au demeurant constant qu'elles ont cessé, une interprétation univoque quant à la volonté du patient de rester ou non en vie, ainsi qu'il résulte notamment de l'ensemble des avis motivés rendus préalablement à la décision en cause* ».

Le Tribunal en conclut que le chef de service de l'unité de soins de suite et de réadaptation « *a apprécié de manière erronée la volonté de M.B en estimant qu'il souhaiterait opposer un refus à tout traitement le maintenant en vie* ».

Enfin, le tribunal administratif a jugé que la poursuite du traitement n'était ni inutile, ni disproportionnée et n'avait pas pour objectif le seul maintien artificiel de la vie. La notion d'obstination déraisonnable est appréhendée par le code de la santé publique et le code de déontologie médicale à travers trois critères: les actes ne doivent être ni inutiles, ni disproportionnés ou n'avoir pas pour seul but le maintien artificiel de la vie. « *Qu'ainsi, l'alimentation et l'hydratation artificielles qui lui sont administrées, dès lors qu'elles peuvent avoir pour effet la conservation d'un certain lien relationnel, n'ont pas pour objet de maintenir le patient artificiellement en vie, cet artifice ne pouvant au demeurant se déduire du seul caractère irréversible des lésions cérébrales et l'absence de perspective d'évolution favorable dans l'état des connaissances médicales ; que pour les mêmes motifs, et dès lors que le centre hospitalier universitaire de Reims ne fait valoir aucunes contraintes ou souffrances qui seraient engendrées par le traitement, celui-ci ne peut être qualifié d'inutile ou de disproportionné, de sorte qu'il n'est pas constitutif d'une obstination déraisonnable au sens des dispositions combinées des articles L. 1110-5, L. 1111-4 et R. 4127-37 du code de la santé publique* ».

C'est pourquoi, portant une atteinte grave et manifestement illégale au droit au respect de la vie, l'exécution de la décision d'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. B. est suspendue par le Tribunal.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Produits de santé - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - Bonnes pratiques – Fabrication

[Décision du 4 décembre 2013](#) relative aux bonnes pratiques de fabrication - Ce texte abroge la décision du 13 janvier 2011 relative aux bonnes pratiques de fabrication. Elle définit les principes de bonnes pratiques de fabrication pour les établissements autorisés à fabriquer en gros des médicaments, et les établissements autorisés à fabriquer des substances actives entrant dans la composition des médicaments, y compris lorsqu'il s'agit de reconditionnement et de réétiquetage en vue de leur distribution. Elle comporte une nouvelle troisième partie, recueillant "*un ensemble de guides destinés à clarifier les attentes des autorités sanitaires en matière de fabrication de médicaments. Ces modèles de documents ont un caractère informatif.*"

Produits sanguins labiles (PSL) – Cession – Tarif

[Arrêté du 6 janvier 2014](#) modifiant l'arrêté du 9 mars 2010 relatif au tarif de cession des produits sanguins labiles - Cet arrêté modifie le tarif de cession des produits sanguins labiles.

Diagnostiques prénataux - Diagnostiques anténataux - Diagnostiques préimplantatoires - Loi bioéthique

[Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014](#) relatif aux diagnostics anténataux – Ce décret fixe les règles applicables aux diagnostics prénatal et préimplantatoire. Il tire les conséquences des dispositions relatives aux diagnostics anténataux dans l'objectif de garantir une meilleure information et un meilleur accompagnement des femmes enceintes et des couples modifiés par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Il définit l'échographie obstétricale et fœtale, met à jour la liste des examens de biologie médicale et d'imagerie appartenant aux explorations pratiquées pendant la grossesse. Il décrit les modalités d'information et de consentement de la femme enceinte et précise la nature des règles de bonnes pratiques qui devront être établies. Il complète par ailleurs la composition des équipes pluridisciplinaires qui se prononcent sur l'interruption de grossesse au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme.

Diagnostiques prénataux - Interruption médicale de grossesse (IMG) - Délai de réflexion – Certificat

[Arrêté du 14 janvier 2014](#) fixant la liste des examens de diagnostic prénatal mentionnés au V de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique – Cet arrêté fixe le modèle du document certifiant qu'un délai de réflexion d'au moins une semaine a été proposé à la femme enceinte en situation d'envisager une interruption médicale de grossesse.

Examens de diagnostic prénatal - Prélèvements – Refus – Information – Consentement

Arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique - Cet arrêté fixe les 3 modèles de formulaires suivants :

- modèle du formulaire relatif au refus de la femme enceinte de recevoir des informations portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire des examens permettant d'évaluer le risque que le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse ou des examens à visée de diagnostic ;
- modèles des formulaires relatifs à l'information et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'un ou de plusieurs examens permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse ;
- modèles des formulaires relatifs à l'information et au consentement de la femme enceinte à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Etablissements de santé publics - Quotas d'émission de gaz à effet de serre - Déclaration

Arrêté du 31 décembre 2013 fixant la liste des établissements hospitaliers exclus du système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre et les mesures équivalentes de réduction d'émission qui leur sont applicables – L'article L229-5-1 du Code de l'environnement prévoit que les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique sont exclus du système d'échange de quotas d'émission lorsqu'ils adoptent des mesures permettant d'atteindre des réductions d'émissions équivalentes à celles qui seraient obtenues en les maintenant dans ce système. L'annexe de cet arrêté fixe la liste des installations des établissements exclus du système d'échange de quotas en application de l'article L. 229-5-1 du code de l'environnement ainsi que les plafonds d'émission que ne doivent pas dépasser ces installations.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

