

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 12 au 26 février 2015

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 5</a>
Personnel	<a href="#">page 6</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 10</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 11</a>
Domaine public et privé	<a href="#">page 13</a>
Frais de séjour	<a href="#">page 13</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 14</a>
Publications	<a href="#">page 15</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

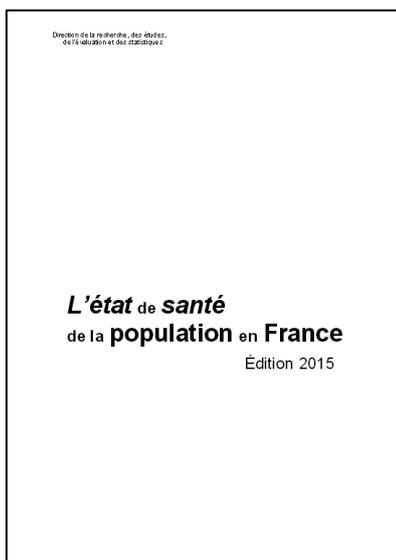
**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Etablissement de santé – Statistique annuelle - SAE - 2014

[La Statistique annuelle des établissements \(SAE\) – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(Drees\)](#) - La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux. La SAE est ainsi l'une des principales sources de référence du Ministère sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI. Actualisée tous les ans, la SAE permet d'observer des évolutions sur longue période. Elle alimente de nombreux indicateurs (notamment pour le suivi des plans urgence, Alzheimer, etc.) et tableaux de bord.



### Etat de santé - Année 2015 - France

[Rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#) : « L'état de santé de la population en France – Edition 2015 » - "*Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon au regard de grands indicateurs comme la mortalité standardisée ou l'espérance de vie, à la naissance ou à 65 ans, et pour certains indicateurs thématiques comme la mortalité cardio-vasculaire, deuxième cause de décès en France. L'espérance de vie continue d'augmenter, contribuant au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et d'incapacité fonctionnelle. Mais des disparités notables perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales*".

### Etablissement de santé - Financement - Activités de soins - Régime dérogatoire - Isolement géographique

[Décret n° 2015-186 du 17 février 2015](#) relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique - De manière générale, les établissements de santé isolés géographiquement bénéficient d'un financement dérogatoire en complément de celui résultant des règles de tarification à l'activité, destiné à tenir compte de leur spécificité. Ce texte tend à « *déterminer les critères d'éligibilité des établissements de santé à ce financement dérogatoire, ainsi que les modalités de ce financement qui s'inscrira dans le cadre d'engagements contractuels avec l'agence régionale de santé* ».

### Etablissement public de santé - Dépense - Ordonnancement - Service fait

Arrêté du 16 février 2015 fixant les dépenses des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics de santé pouvant être payées sans ordonnancement, sans ordonnancement préalable ou avant service fait - Cet arrêté débute en précisant que les excédents de versement peuvent être payés sans ordonnancement. Peuvent notamment être payées sans ordonnancement préalable : les dépenses payées par l'intermédiaire d'une régie d'avances, le remboursement d'emprunts, le remboursement de lignes de trésorerie, et les abonnements et consommations d'eau, d'électricité et de gaz. Le comptable procède alors au préalable aux contrôles prévus par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique. Toute stipulation d'une convention, accord ou toute décision visant à arrêter les modalités d'exécution financière des paiements des dépenses contraire au présent arrêté est réputée non écrite.

### Campagne tarifaire - Année 2015 - Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) - Hospitalisation à domicile

Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Ce texte précise la nouvelle classification des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), dans le cadre de la campagne tarifaire 2015 des établissements de santé.

### Création – Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques

Décret n° 2015-210 du 24 février 2015 portant création du Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) et des hépatites virales chroniques - Ce texte créé le Conseil national du syndrome immunodéficientaire acquis et des hépatites virales chroniques, en remplacement du Conseil national du sida. Ce conseil "a pour mission de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par ces maladies et de faire au Gouvernement toute proposition utile. Dans le cadre de ses avis, il peut s'intéresser aux questions de société liées aux infections sexuellement transmissibles qui touchent les mêmes publics que l'infection à VIH ou les hépatites virales B et C.

*Il est consulté sur les programmes et plans nationaux de santé et les programmes d'information, de prévention et d'éducation pour la santé, établis par le Gouvernement, et les organismes publics.*

*Le conseil rend public ses avis. Il élabore tous les deux ans un rapport d'activité qu'il rend public".*

## Activité – Autorisation - Reconnaissance contractuelle

[Instruction n° DGOS/SR6/R3/R4/DREES/DMSI/2014/364 du 24 décembre 2014](#) relative à la modification de la nomenclature des activités portant sur les activités soumises à autorisation, autres que les activités de soins, et les activités soumises à reconnaissance contractuelle - Cette instruction complète "*la nomenclature utilisée dans le cadre de la délivrance des autorisations d'activité de soins pour y inclure les autres activités soumises à autorisation des directeurs généraux d'ARS, et les activités soumises à reconnaissance dans les CPOM conclus entre les établissements et les ARS.*

*Les différents systèmes d'information disposeront ainsi d'une nomenclature partagée qui couvre l'ensemble des activités autorisées, qu'il s'agisse ou non d'activités de soins, et des activités reconnues à l'échelle nationale. L'objectif est de faire d'ARHGOS le registre de l'ensemble des autorisations portées par un établissement de santé, et au-delà, de l'ensemble des activités définies nationalement comme ayant fait l'objet de contractualisation, ce qui sécurisera le suivi du mandat confié aux établissements par la puissance publique".*

## Campagne tarifaire – Financement – Année 2015

[Circulaire DGOS/R1 n°2014-366 du 29 décembre 2014](#) relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé – Cette circulaire précise les conditions d'allocation aux établissements de santé des ressources complémentaires déléguées en complément des précédentes phases de délégations portées par la circulaire de référence du 31 mars 2014 et la circulaire du 12 novembre 2014. La modification des dotations régionales conduit à l'allocation (hors transferts et fongibilité) 417,4 M€ supplémentaires, dont 366,53 M€ intégrés dans les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et 50,83 M€ intégrés dans les dotations régionales de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM).

## Fonds de modernisation des établissements de santé – Crédits - Programme hôpital numérique – soins de suite et de réadaptation – ANTARES – Répertoires opérationnels des ressources (ROR) – virus Ebola

[Circulaire DGOS/R1 n°2014-367 du 29 décembre 2014](#) relative à la troisième délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2014

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Mineur – Soins – Droit au secret

[Conseil national du sida](#), 15 janvier 2015, Avis suivi de recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale - Le Conseil national du sida (CNS) a rendu le 15 janvier dernier un avis ainsi que des recommandations sur la garantie du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de leur prise en charge médicale, après avoir été alerté sur la situation d'un mineur séropositif qui n'avait pu être assuré de conserver le secret à l'égard de ses parents en raison de sa prise en charge financière par l'assurance maladie. Le CNS a ainsi souhaité se saisir de la question du droit au secret des personnes mineures dans le cadre de la prise en charge pour le VIH qui ne souhaitent pas que leurs parents soient informés de leur état. L'objectif est « *d'apporter une réponse à certaines situations rares mais qui peuvent entraîner des difficultés graves dans la prise en charge des adolescents* ».

Le CNS remarque que « *si le droit permet aux personnes mineures de garder le secret sur leur état de santé, elle ne leur offre pas de garantie effective au secret. Cette absence de garantie constitue un frein majeur à la prise en charge du VIH et entraîne des conséquences dommageables pour une population identifiée comme fragile. En conséquence, le Conseil national du sida recommande la garantie du secret de la prise en charge financière et de sa mise en œuvre.* ».

Ainsi, le CNS précise que « *cette garantie doit être consacrée par un instrument de droit approprié* » et qu'elle « *peut notamment reposer sur des dispositifs d'anonymisation des données dans le cadre de l'Assurance maladie, à condition que ceux-ci préservent la traçabilité des informations* ». Il préconise également « *une amélioration de la connaissance de leurs droits pour toutes les personnes mineures* », s'agissant des mesures de prévention, notamment celles menées par l'Éducation nationale auprès des mineurs scolarisés. Le Conseil souhaite enfin qu'une dérogation soit prévue au principe du recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour la réalisation d'un Test Rapide d'Orientation et Diagnostic (TROD), dès lors qu'une offre d'accompagnement adaptée est offerte aux personnes mineures.

### Soins psychiatriques – Troubles mentaux

[Cour Européenne des Droits de l'Homme](#), 27 janvier 2015, n° 43368/08 - Un délinquant souffrant de troubles mentaux estime que son maintien en détention dans un établissement pénitentiaire, et non au sein d'un établissement psychiatrique, constitue une violation de l'article 5§1 de la Convention européenne des droits de l'homme. La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) rappelle « *qu'il devait exister un lien entre le motif censé justifier la privation de liberté et le lieu et les conditions de la détention et que, en principe, la « détention » d'une personne souffrant de troubles mentaux ne peut être considérée comme « régulière » aux fins de l'article 5 § 1 e) que si elle s'effectue dans un hôpital, dans une clinique ou dans un autre établissement approprié.* ». Toutefois, elle considère que « *le seul fait qu'un intéressé ne soit pas intégré dans un établissement approprié n'avait pas pour effet automatique de rendre sa détention irrégulière au regard de l'article 5 § 1 de la Convention et qu'un équilibre raisonnable devait être ménagé entre les intérêts opposés en cause étant entendu qu'un poids particulier devait être accordé au droit à la liberté* ». La CEDH rappelle que « *même si l'attitude persistante d'une personne privée de liberté peut contribuer à faire obstacle à une modification de son régime de détention, cela ne dispense pas les autorités de prendre les initiatives appropriées en vue d'assurer à cette personne un traitement adapté à son état et de nature à l'aider à retrouver sa liberté* ». Dans cette affaire, elle considère que les soins dont a bénéficié le requérant lors de sa détention peuvent être considérés comme appropriés et qu'il n'y a pas eu violation de l'article 5 § 1 de la Convention.

## Détenu – soins psychiatriques – régularité – détention – article 5§1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales (CEDH)

[CEDH, 3 février 2015, n°49484/11, 53703/11, 4710/12, 15969/12, 49863/12 et 70761/12](#) - Dans ces affaires, des délinquants, reconnus pénalement irresponsables de leurs actes, pour lesquels une mesure d'internement a été prononcée par les juridictions internes en application de la loi de défense sociale en vigueur en Belgique, affirment qu'ils sont détenus dans des conditions qui ne sont pas adaptées à leur état de santé mentale. La question qu'il est demandé à la Cour de trancher est donc celle de savoir si la détention des requérants a lieu dans un établissement de santé approprié. Depuis quelques années, la jurisprudence de la CEDH est constante en la matière : « La Cour constate que les requérants sont tous internés dans les ailes psychiatriques de prisons ordinaires depuis de nombreuses années. Certains d'entre eux n'ont jamais fait l'objet d'une mise en liberté à l'essai ou définitive depuis leur incarcération, d'autres ont fait l'objet d'une ou de plusieurs mises en liberté à l'essai et ont, à chaque fois, été réincarcérés ». « La Cour considère que l'internement des requérants dans un lieu inadapté à leur état de santé mentale depuis de nombreuses années (ne permettant pas qu'ils reçoivent des soins thérapeutiques pouvant contribuer à une réintégration fructueuse dans la vie sociale) a rompu le lien requis par l'article 5§1 e) de la Convention entre le but de la détention – à savoir, non seulement la sécurité de la société mais aussi le traitement des requérants – et les conditions dans lesquelles cette détention a lieu ». Il y a donc, selon la Cour, violation de l'article 5§1 de la Convention. Le pays défendeur doit verser à chacun des requérants la somme de 15 000 euros pour dommage moral.

## Protection juridique des majeurs - Contrôle juge des tutelles - Police des funérailles

[Loi n° 2015-177 du 16 février 2015](#) relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures – Cette loi habilite le Gouvernement à prendre, par ordonnances, des mesures de simplification dans les domaines de la justice et des affaires intérieures. L'objectif : faciliter la vie quotidienne des Français et leurs relations avec l'administration. Parmi les principales dispositions de cette loi, on peut noter [l'aménagement de la protection juridique des majeurs](#). Le texte offre désormais la possibilité au juge d'ouvrir une mesure de protection du majeur au-delà de 5 ans (tant que cela n'excède pas 10 ans). Il simplifie également les modalités d'arrêt du budget et le contrôle des comptes de gestion. Ces dispositions visent à mieux prendre en compte certaines pathologies, à alléger les formalités pesant sur les familles et à mieux les associer dans la gestion des mesures de tutelles de leurs proches. [L'allègement du contrôle du juge des tutelles](#) lorsqu'un des deux parents de l'enfant mineur est décédé ou se trouve privé de l'exercice de l'autorité parentale. Lorsque l'un des parents est décédé ou se trouve privé de l'autorité parentale ou en cas d'exercice unilatéral de l'autorité parentale, le juge des tutelles doit intervenir. Ce texte simplifie les règles. Il autorise le Gouvernement à prendre une ordonnance pour limiter les cas dans lesquels l'autorisation du juge des tutelles est nécessaire. Seuls les actes qui pourraient affecter de manière grave, substantielle et définitive le patrimoine du mineur doivent faire l'objet d'une autorisation systématique de ce magistrat. Cette loi vient également modifier une disposition du Code général des collectivités territoriales [en matière funéraire](#) : Il est désormais prévu que, lorsque le corps d'un défunt est transporté hors de la commune de décès ou de dépôt, les opérations de fermeture et de scellement du cercueil s'effectuent sous la responsabilité de l'opérateur funéraire, en présence d'un membre de la famille. De plus, le scellement du cercueil est désormais obligatoire.

## PERSONNEL

### Praticiens – critères de compétence – AMP

[Décret n° 2015-150 du 10 février 2015](#) fixant les critères de compétence des praticiens exerçant au sein de structures autorisées pour pratiquer des activités d'assistance médicale à la procréation - Ce décret "définit les critères de compétence des praticiens exerçant au sein d'un laboratoire, établissement ou organisme autorisé pour pratiquer une ou plusieurs des activités biologiques ou cliniques d'assistance médicale à la procréation, mentionnées à l'article R. 2142-1 du code de la santé publique. Ces critères de compétence se substituent à l'agrément individuel des praticiens par l'agence de la biomédecine, supprimé par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique".

### Attaché d'administration hospitalière – Concours – Examen professionnel – Programme – Droit hospitalier

[Arrêté du 30 janvier 2015](#) modifiant divers arrêtés relatifs aux attachés d'administration hospitalière – Ce texte apporte des modifications à l'arrêté du 31 décembre 2009 fixant la composition du jury, la nature des épreuves et les modalités d'organisation de l'examen professionnel prévu à l'article 11 du décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière, à l'arrêté du 14 décembre 2010 fixant les modalités des épreuves pour l'accès au cycle préparatoire au concours interne de recrutement des attachés d'administration hospitalière et à l'arrêté du 15 février 2012 fixant la composition du jury, le programme, la nature des épreuves et les modalités d'organisation des concours d'accès au cycle de formation des élèves attachés d'administration hospitalière.

### Personnel - Indemnité de garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA)

[Arrêté du 4 février 2015](#) fixant au titre de l'année 2015 les éléments à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat.

### Etude médecine, odontologie, pharmacie – Internat – Choix de postes

[Arrêté du 20 février 2015](#) fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie - Cet arrêté prévoit que le nombre minimum de postes à ouvrir est égal à 107% du nombre d'internes en médecine de la subdivision pré-inscrits et inscrits, arrondi à l'entier supérieur. A noter deux exceptions prévues par le texte : Le taux d'inadéquation de 107% ne s'applique pas, pour un certain nombre de spécialités tels que par exemple l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique (...) lorsque le nombre d'internes pré-inscrits et inscrits est inférieur à 15. Le nombre minimum de postes à ouvrir est égal au nombre de ces internes majoré de 30. S'agissant de la médecine général, le taux d'inadéquation de 107% ne s'applique pas lorsque le nombre d'internes pré-inscrits et inscrits est au moins égal à 430. Le nombre minimum de postes à ouvrir est égal au nombre de ces internes majoré de 30. Des dérogations peuvent être accordées par le ministre chargé de la santé sur demande motivée de la commission d'évaluation des besoins de formation. Enfin, concernant les internes en odontologie et en pharmacie, le nombre de postes mis à leur choix est au moins égal à 107% du nombre des internes de l'interrégion inscrits dans la spécialité. Des dérogations à ce taux peuvent être accordées par le ministre en charge de la santé sur demande motivée de la commission d'interrégion statuant en formation en vue de la répartition des postes offerts au choix semestriel.

### **Internat de pharmacie – Concours**

[Arrêté du 2 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 12 avril 2012 portant organisation et programme des concours d'internat de pharmacie et détermination de la procédure de choix de poste.

### **Infirmiers de bloc opératoire (IBODE) – Actes infirmiers – Formation**

[Arrêté du 27 janvier 2015](#) relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

### **Infirmier - Stage - Formation - Politique de stage - Parcours de l'étudiant - Validation des acquis**

[Instruction n° DGOS/RH1/2014/369 du 24 décembre 2014](#) relative aux stages en formation infirmière - Cette instruction a pour objet de "*sensibiliser l'ensemble des acteurs au travers de préconisations concernant notamment la politique de stage, le parcours de l'étudiant et le suivi de sa progression. Il ne peut ainsi avoir de formation sans politique de stage. En cohérence avec le projet régional de santé, cette politique est préconisée au niveau de la région ou d'un territoire de santé. Elle s'inscrit également dans le schéma régional des formations sanitaires et sociales*".

### **Chirurgiens-dentistes – Règles de qualification**

[Arrêté du 10 février 2015](#) modifiant l'arrêté du 24 novembre 2011 relatif aux règles de qualification des chirurgiens-dentistes

### **Aide-soignant – Congés – Maladie – Reclassement**

[Conseil d'Etat, 11 février 2015, n° 370297](#) - Une aide-soignante a été recrutée le 30 janvier 2004 au sein d'un centre hospitalier dans le cadre d'un contrat de trois mois renouvelable. Ce contrat a été périodiquement reconduit jusqu'au 30 juin 2005. Cette aide-soignante a toutefois continué à exercer ses fonctions au-delà de cette date sans qu'un nouveau contrat n'ait été signé. Le 9 août 2005, elle a été victime d'un accident de service à l'origine d'une affection dont le caractère de maladie professionnelle a été reconnue le 2 septembre 2005, alors qu'elle était en congé maladie. Le centre hospitalier lui a alors proposé de signer un contrat pour la période allant du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2005 et de le renouveler pour les trois mois suivants. Suite au refus de l'aide-soignante de signer ces contrats, le directeur du centre hospitalier a considéré qu'elle ne faisait plus partie du personnel et a refusé de la regarder comme un agent contractuel bénéficiant d'un congé de maladie et d'un droit à reclassement. Le Conseil d'Etat considère que les juges du fond ont commis une erreur de droit en estimant que le « *placement en congé pour maladie, intervenu alors que ce contrat à durée déterminée était en cours de validité, avait eu pour effet de reporter la date d'expiration de ce contrat au-delà du 30 septembre 2005, jusqu'à sa guérison complète ou jusqu'à la date de consolidation de son état* ».



## Fonction publique - Emplois de direction - Encadrement supérieur - Caractéristiques - Féminisation - Salaire - Retraite

### Rapport du Ministère de la décentralisation et de la fonction publique :

"L'encadrement supérieur et dirigeant dans les trois versants de la fonction publique" – Ce rapport mentionne que « *Fin 2012, 21 600 agents occupent un poste d'encadrement supérieur ou de direction (ESD) dans la fonction publique, ce qui représente 4,0 agents pour 1 000. Ce ratio s'élève à 4,2 dans la fonction publique d'État (9 900 agents), 4,9 dans la fonction publique hospitalière (5 600) et 3,2 dans la fonction publique territoriale (6 000).*

*Les femmes sont relativement peu nombreuses à occuper des postes d'ESD (31 %) au regard de leurs effectifs dans l'ensemble des agents de catégorie A (64 %). Avec 44 % de femmes, les emplois d'ESD de la FPH sont les plus féminisés. La FPE et la FPT comptent respectivement 28 % et 25 % de femmes dans ces corps et emplois ; la part de femmes décline à mesure que le niveau de responsabilité s'élève dans chacun des versants, mais elle s'accroît parmi les jeunes ESD.*

*Le salaire mensuel brut moyen s'élève à 7 700 euros dans la fonction publique de l'État (composé en moyenne à 45 % de primes et indemnités), 5 898 euros dans la fonction publique territoriale (40 % de primes) et 6 603 euros dans le secteur hospitalier public.*

*Les agents de la catégorie A+ partent en 2012 à la retraite à 64,7 ans soit près de 4 ans plus tard que l'ensemble des fonctionnaires, avec une pension mensuelle moyenne de 3 950 euros ».*

## Praticien hospitalier – Impôt sur le revenu – Exonération

Conseil d'Etat, 2 février 2015, n°373259 – Le Conseil d'Etat rappelle que « les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel qui ont la qualité d'agent public » entrent dans le champ d'exonération de l'impôt sur le revenu prévue à l'article 81 quater du code général des impôts, en vigueur en 2008 et 2009. Cet article prévoit que « I. sont exonérés de l'impôt sur le revenu : 5° les éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires ou non titulaires au titre, selon des modalités prévues par décret, des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif (...) ». M. X, praticien hospitalier, est donc en droit de réclamer la réduction des cotisations d'impôt sur le revenu résultant de ses déclarations en se prévalant de l'exonération prévue à l'article 81 quater du code général des impôts à hauteur des sommes qu'il a perçues en rémunération du temps additionnel effectué, en sus de son service réglementaire, dans le cadre de son activité de praticien hospitalier.

## ORGANISATION DES SOINS

### Lutte contre la pauvreté – Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) – Lutte contre le refus de soins

[Rapport IGAS « Evaluation de la 2<sup>nde</sup> année de mise en œuvre du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale »](#) - Janvier 2015 – Adopté le 21 janvier 2013 en Comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE), le plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a été adapté dans une nouvelle « feuille de route 2014 », en janvier 2014, à la suite d'un premier rapport d'évaluation réalisé par l'IGAS. La première partie de ce rapport est consacrée à l'évolution du taux de pauvreté en France avec des comparaisons avec plusieurs pays européens. La deuxième partie porte sur l'évaluation de la montée en charge des différentes mesures du plan au travers des sept thématiques de celui-ci : l'accès aux droits, l'accès à l'emploi, l'hébergement et le logement, la santé, l'enfance et famille, l'inclusion bancaire, la gouvernance des politiques de solidarité. Enfin la troisième partie s'intéresse à la mise en œuvre territoriale du plan à partir des schémas régionaux réalisés par les préfetures de région comme recommandé par le premier rapport.

### Grève - Service d'urgence - Réquisition préfectorale

[Circulaire interministérielle SG/DGOS no 2014-351 du 19 décembre 2014](#) relative aux préconisations de conduite à tenir dans le cadre du mouvement de cessation d'activité des médecins libéraux – généralistes et spécialistes – des urgentistes et des cliniques sur la période du 22 au 31 décembre 2014 et à compter du 5 janvier 2015 - Cette circulaire rappelle en premier lieu les obligations des professionnels de santé libéraux et salariés du secteur privé ainsi que des établissements de santé dans le cadre de l'exercice du droit de grève. Elle apporte ensuite des préconisations sur la conduite à tenir pour assurer la continuité de l'offre de soins pendant ces périodes, et revient sur le cadre de la réquisition préfectorale.

### Prescriptions médicales de transport – Remboursement

[Décret n° 2015-207 du 24 février 2015](#) modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux dépenses de transports remboursées par l'assurance maladie - Ce décret porte sur les "*conditions de régulation des prescriptions médicales de transport dans les établissements de santé remboursées en ville et base de remboursement du véhicule personnel*". D'une part, il modifie "*la réglementation applicable aux contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour le transport de patients*" et, d'autre part, il précise "*les modalités de détermination des tarifs de prise en charge des transports de patients*".

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Assistance médicale à la procréation – Recherche biomédicale – Embryon – Cellules souches embryonnaires

[Décret n° 2015-155 du 11 février 2015](#) relatif à la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires et à la recherche biomédicale en assistance médicale à la procréation – Ce texte précise les conditions d'application du nouvel article L. 2151-5 du code de la santé publique issu de la loi n° 2013-715 du 6 août 2013. Celui-ci a substitué à un régime d'interdiction des recherches avec dérogations, un régime d'autorisation strictement encadré. Par ailleurs, il indique que « *les recherches cliniques conduites dans les conditions de prise en charge d'un couple recourant à l'assistance médicale à la procréation sont soumises aux dispositions du code de la santé publique applicables aux recherches organisées et pratiquées sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales* ».

[Arrêté du 13 février 2015](#) fixant les conditions de formation et d'expérience des praticiens exerçant les activités d'assistance médicale à la procréation mentionnées à l'article L. 2141-1 du code de la santé publique



### Dispositif médical – Stratégie nationale de Santé - Conseil économique, social et environnemental

[Avis du Conseil économique, social et environnemental](#) relatif à la place des dispositifs médicaux dans la Stratégie nationale de Santé – 15 janvier 2015 – Cet avis est présenté comme portant « *la triple ambition de contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité, à de meilleures conditions d'accès de tous aux dispositifs médicaux innovants et utiles, à faire le lien entre politique de santé et excellence industrielle* ». En premier lieu, il rappelle le cadre normatif contraint, le suivi des dispositifs médicaux et la nécessité de son extension aux utilisateurs de ces dispositifs (personnels et patients). Par la suite, cet avis évoque un défaut de régulation dans le financement des dispositifs médicaux, le caractère indispensable des évolutions à accompagner en matière d'accès aux dispositifs, et l'obligation de concilier construction d'une filière industrielle et promotion de dispositifs à réelle valeur ajoutée. Le Conseil économique, social et environnemental « *souhaite que ce domaine important trouve sa juste place dans la stratégie nationale de santé et dans le projet de loi de santé* » et « *appelle l'attention des pouvoirs publics et de l'ensemble des parties prenantes de ce secteur sur l'importance des questions relatives aux classifications, à l'innovation et aux méthodes d'élaboration des tarifs* ».

### Laboratoire de biologie médicale – Accréditation

[Décret n° 2015-205 du 23 février 2015](#) relatif aux modalités de dépôt des demandes d'accréditation des laboratoires de biologie médicale prévues en application du I de l'article 7 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale – Ce décret prévoit qu'à compter du 1er novembre 2016, les laboratoires de biologie médicale ne pourront fonctionner sans disposer d'une accréditation portant sur 50 % des examens de biologie médicale qu'ils réalisent. Ce texte a pour objet de préciser les modalités de dépôt des demandes d'accréditation dans la perspective de cette échéance.

### Produit sanguin labile (PSL) - Liste - Caractéristiques – Modification

[Décision du 10 février 2015](#) modifiant la décision du 20 octobre 2010 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles.

### Etablissement de santé – Alertes sanitaires – Boîtes mails

[Instruction DGS/CORRUSS/DGOS/USID n°2014-339 du 5 décembre 2014](#) relative à la mise en place de boîtes mails fonctionnelles pour les alertes sanitaires dans les établissements de santé – Cette instruction vise à généraliser dans les meilleurs délais la mise en place des points d'entrée uniques pour les alertes sanitaires au sein des établissements de santé, sous la supervision des agences régionales de santé (ARS). Les ARS et le département des urgences sanitaires du ministère chargé de la santé assurent, chacun à leur niveau d'intervention, le recueil de tout événement susceptible d'avoir des conséquences graves sur la santé des personnes ou sur le fonctionnement du système de santé. En outre l'ANSM dispose des mêmes prérogatives dans le domaine de la sécurité des produits de santé. La communication rapide d'informations par le ministère et par les ARS à l'attention des établissements de santé en cas d'alerte sanitaire est indispensable. La fluidité et la sécurité des transmissions constituent un impératif permanent et ne doivent souffrir d'aucun problème de tenue à jour.

### Dossier pharmaceutique – Vaccins – Médicaments biologiques – Durée d'accessibilité et de conservation

[Décret n° 2015-208 du 24 février 2015](#) portant sur les durées d'accessibilité et de conservation dans le dossier pharmaceutique des données relatives à la dispensation des vaccins et des médicaments biologiques - Ce décret organise l'allongement de "*la durée de conservation des données du dossier pharmaceutique pour deux catégories particulières de médicaments : les vaccins, afin de permettre une meilleure information des patients quant à leur statut vaccinal ; les médicaments biologiques, afin de permettre au pharmacien d'assurer la continuité du traitement*".

### Etablissement de santé – Infections nosocomiales – Bilan annuel

[Arrêté du 20 février 2015](#) relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé – Cet arrêté modifié l'annexe I de l'arrêté du 7 avril 2011 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

## DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

### Expulsion locatives – Logement – Loi « ALUR »



[Rapport Inter-inspection sur l'évaluation de la prévention des expulsions locatives – Aout 2014 – « La mission inter-inspection sur l'évaluation de la politique de prévention des expulsions locatives s'inscrit dans le cadre de la modernisation de l'action publique, à la demande des ministres concernés. La coordination opérationnelle de cette mission d'évaluation a été confiée au ministère en charge du logement. La mission intervient dans un triple contexte de croissance des procédures d'expulsion, de difficultés persistantes sur le marché du logement, enfin de réforme législative du dispositif, intervenue avec la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014. » La mission formule 48 recommandations.](#)

## FRAIS DE SÉJOUR

### Prise en charge par l'assurance maladie - Nomenclature des actes innovants - Procédure d'inscription accélérée

[Décret n° 2015-188 du 18 février 2015](#) relatif à l'inscription accélérée des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un dispositif médical - Afin de permettre une inscription rapide (180 jours) des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge par l'assurance maladie d'un des produits de santé définis aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique, une procédure dérogatoire a été mise en place. Ce décret fixe les modalités d'application de la procédure dérogatoire de hiérarchisation de l'acte innovant. Il précise à ce titre les critères de l'acte innovant, fondés notamment sur l'amélioration du service attendu de l'acte.

### Assurance maladie – Financement – Activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles

[Instruction n°DGS/RI2/2015/31 du 30 janvier 2015](#) relative au financement par l'assurance maladie, pour l'année 2015, des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Médecins libéraux - responsabilité

Cour de cassation, 4 février 2015, n°14-10337 - La Cour de cassation rappelle que si la permanence des soins constitue une mission de service public, les actes de diagnostic et de soins réalisés par un médecin d'exercice libéral lors de son service de garde engagent sa responsabilité personnelle, même lorsque son intervention a été sollicitée par le centre de réception et de régulation des appels du SAMU. En l'espèce, M. X, « médecin libéral de permanence, a été sollicité par le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels du Service d'aide médicale urgente (SAMU) afin d'effectuer une consultation au domicile de Mme Y., celle-ci souffrant d'une douleur du membre supérieur gauche avec sueurs, nausées et vomissements, qu'il a diagnostiqué une symptomatologie douloureuse se rapportant à une névralgie cervico-brachiale et lui a administré un traitement anti-inflammatoire et antalgique, avant de la laisser au repos à son domicile ; que des examens pratiqués ultérieurement ont révélé que Mme Y. avait été victime d'un infarctus du myocarde ; qu'assigné en responsabilité, M. X. a soulevé l'incompétence des juridictions de l'ordre judiciaire au profit des juridictions administratives ». La Cour de cassation renvoie donc les parties devant la juridiction d'appel de l'ordre judiciaire

## PUBLICATIONS AP-HP

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

