

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 13 au 27 janvier 2015

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Organisation hospitalière	page 2
Domaine public et privé	page 5
Patient hospitalisé	page 5
Responsabilité médicale	page 6
Personnel	page 8
Organisation des soins	page 11
Réglementation sanitaire	page 12
Propriété intellectuelle - Informatique	page 13
Publications	page 15

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

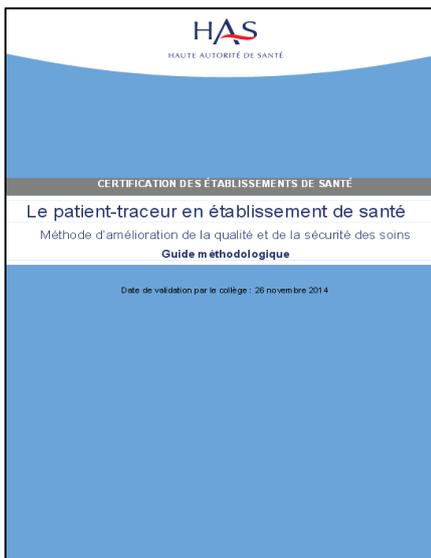
Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE



Loi sur la transparence de la vie publique - Transparence - Probité - Haute Autorité pour la Transparence de la Vie Publique - Dispositif – Evaluation

[Rapport au Président de la République](#) sur l'exemplarité des responsables publics - "Renouer la confiance publique" – Un an après l'entrée en vigueur des lois n° 2013-906 et n° 2013-907 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique, le Président de la République a confié au Président de la Haute autorité pour la transparence de la vie publique la rédaction d'un « *état des lieux de la législations française au regard notamment des règles et pratiques mises en œuvre dans les autres grandes démocraties* », ainsi que d'éventuelles « *recommandations relatives à des améliorations s'agissant tant des règles applicables aux responsables publics en matière de probité et de transparence que des moyens dont dispose la Haute autorité pour accomplir sa mission* ». Ce rapport formule vingt propositions, organisées selon quatre thèmes : guider l'action des responsables publics, associer et informer les citoyens, garantir le juste usage des moyens publics, et améliorer la sanction des manquements à l'exemplarité.



Qualité et sécurité des soins – Visite de certification – Patient-traceur

[Version finalisée](#) du guide méthodologique de la Haute autorité de santé (HAS) « Le patient-traceur en établissement de santé – Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » - novembre 2014 - Après avoir mis à disposition la version expérimentale de son guide méthodologique concernant la méthode du « patient traceur » en établissement de santé en octobre 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) en livre la version finalisée. Elle constitue une nouvelle méthode de visite de certification, analyse de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. La HAS précise que « le guide a pour objectif d'apporter des principes et repères méthodologiques pour la mise en œuvre de cette méthode dans les établissements et propose en annexe des grilles d'entretien avec les équipes, et le patient et ses proches en référence au manuel de certification (version V2010) »

Tabac – Cigarette électronique – Vapotage

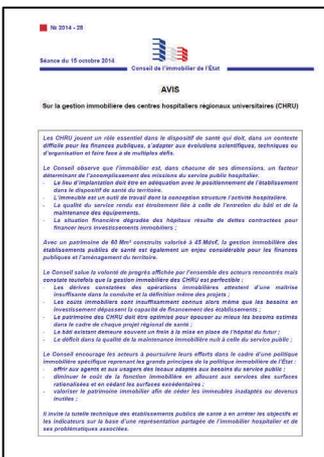
[Cour de cassation, Chambre criminelle, 26 novembre 2014, n° 14-81888](#) - Dans les faits, une voyageuse avait été verbalisée pour infraction à une interdiction de fumer alors qu'elle faisait usage d'une cigarette électronique dans l'enceinte d'une gare SNCF. Le juge de proximité l'avait relaxée au motif que les textes interdisant de fumer n'étaient pas applicables à la cigarette électronique. La Cour de cassation rappelle dans sa décision le principe de l'interprétation stricte de la loi pénale. En effet, les textes répressifs sont d'interprétation stricte et l'interdiction de fumer prévue par les textes ne s'appliquent pas à l'usage de la cigarette électronique. La Cour de cassation précise également que ne saurait être assimilée à une cigarette traditionnelle, le liquide mélangé à l'air étant diffusé sous forme de vapeur : « Attendu que, pour relaxer la prévenue des fins de la poursuite, le jugement retient que les textes de répression sont d'interprétation stricte et que l'interdiction de fumer, a été prévue alors que la cigarette électronique n'était pas encore utilisée ; que celle-ci ne saurait être assimilée à une cigarette traditionnelle et que le liquide, mélangé à l'air, est diffusé sous forme de vapeur ; qu'en conséquence les textes visés par la poursuite ne sont pas applicables, à l'espèce ; (...) »

Pour aller plus loin : Fiche pratique « [Usage de la cigarette électronique : état des lieux](#) »

Cette fiche pratique AP-HP rappelle l'état de la réglementation relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'usage de la cigarette électronique.

Agences régionales de santé – Comités – Dispositions du code de la santé publique

[Décret n° 2015-22 du 13 janvier 2015](#) relatif aux comités d'agence et au Comité national de concertation des agences régionales de santé et modifiant diverses dispositions du code de la santé publique - Ce texte introduit la possibilité pour les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées de proroger la durée des mandats des membres des comités d'agence des agences régionales de santé, dans la limite de dix-huit mois.



[Avis du Conseil de l'immobilier d'État \(CIE\)](#) Sur la gestion immobilière des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) - 15 octobre 2014 - Le Conseil immobilier de l'État (CIE) vient de mettre en ligne son avis sur la gestion immobilière des CHRU datant du 15 octobre 2014. « *Le Conseil observe que l'immobilier est, dans chacune de ses dimensions, un facteur déterminant de l'accomplissement des missions du service public hospitalier. (...) Avec un patrimoine de 60 Mm² construits valorisé à 45 Mds€, la gestion immobilière des établissements publics de santé est également un enjeu considérable pour les finances publiques et l'aménagement du territoire. (...) Le Conseil recommande : - L'élaboration par les CHRU de schémas pluriannuels de stratégie immobilière intégrant les opérations de maintenance, inscrits dans leur environnement régional et visant à répondre aux besoins métiers ainsi qu'à dégager des marges de manœuvre financières par la valorisation du patrimoine ; La poursuite des travaux d'amélioration de la connaissance du parc et des coûts immobiliers par l'appropriation des outils développés par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ; La régulation dans le temps des flux d'investissements hospitaliers et la prise en compte du coût global immobilier dans la tarification de l'activité ; L'engagement d'une réflexion sur les mécanismes et outils de production de l'immobilier hospitalier public afin d'assurer une meilleure maîtrise des délais et des coûts des projets ; La structuration et la professionnalisation de la fonction immobilière notamment par l'optimisation des compétences immobilières du corps des ingénieurs hospitaliers ; Le déploiement d'outils de gestion intégrant la maintenance dans le cadre d'une politique globale de service à destination des professionnels et des patients ; Le développement d'une démarche environnementale exemplaire. »*

Etablissements publics de santé - Emprunt structuré - Contrat de prêt - Gestion de la dette - Risque de taux - Indemnité de remboursement anticipé (IRA)

[Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014](#) relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés – Cette instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en place du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs contrats de prêt structuré. L'instruction détaille les conditions d'éligibilité au dispositif ainsi que la procédure d'instruction des demandes d'aide.

Education thérapeutique – Cahier des charges – Autorisation – Renouvellement – Demande

[Arrêté du 14 janvier 2015](#) relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Ce texte abroge l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Il fixe le modèle de cahier des charges d'un programme d'éducation thérapeutique, la charte d'engagement de ce cahier des charges, la composition du dossier de demande d'autorisation et celle du dossier de demande de renouvellement d'autorisation.

Fonction publique hospitalière - Travail en 12 heures - Conditions de travail, hygiène, sécurité du travail

[Instruction n° DGOS/RH3/2015/ 3 du 7 janvier 2015](#) portant annonce de la mise en place d'un groupe de travail de la commission hygiène, sécurité et conditions de travail du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière sur l'organisation du travail en postes d'amplitude 12 heures, et rappelant les dispositions réglementaires qui encadrent ce type d'organisation – Cette instruction vise à rappeler les dispositions réglementaires qui encadrent la mise en place d'organisations de travail en 12 heures dans la fonction publique hospitalière, et à informer les établissements qu'une analyse est actuellement conduite au niveau national sur les organisations de travail en 12 heures.

PHRC – PRME – PREPS – PHRIIP – Recherche appliquée - Recherche clinique - Recherche médico-économique – Innovation en santé – Parcours de soins – Performance du système de soins – Recherche infirmière et paramédicale – Appel à projets

[Instruction n° DGOS/PF4/2014/349 du 19 décembre 2014](#) relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2015 - La DGOS lance la campagne 2015 des appels à projets de recherche sur les soins et l'offre de soins. Ces appels à projets s'inscrivent dans quatre programmes de recherche appliquée couvrant respectivement les champs de la recherche clinique, de la recherche médico-économique, de la recherche sur la performance du système de soins et de la recherche infirmière et paramédicale. Les projets de recherche qui seront sélectionnés via ces appels à projets doivent concourir au progrès médical et à l'amélioration du système de soins.

Haute Autorité de santé (HAS) - Accréditation - Médecins et des équipes médicales

[Décision n° 2015.0002/DC/MSP du 7 janvier 2015](#) du collège de la Haute Autorité de santé adoptant la procédure d'agrément des organismes pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales

[Décision n°2015.0003/DC/MSP du 7 janvier 2015](#) du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le cahier des charges des organismes agréés pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Etablissement publics de santé – Foncier public

Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), de l'Inspection générale des finances (IGF) et du Conseil général de l'environnement et du développement durable « Evaluation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement sur les établissements publics de santé » – Octobre 2013 - L'Inspection générale des affaires sociales (Igas), l'Inspection générale des finances (IGF) et le Conseil général de l'environnement et du développement durable, ont rendu un rapport daté d'octobre 2013 mais mis en ligne mardi 20 janvier 2015 relatif à l'évaluation de l'impact de la loi du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement sur les établissements publics de santé ». La mission avait pour objet d'évaluer l'impact sur les établissements de santé de la loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social. La mission devait notamment à vérifier que l'application de la décote ne risquait pas de mettre en péril la réalisation des projets d'investissement pour moderniser et adapter l'offre de soins hospitaliers. Le rapport suggère de développer des baux emphytéotiques sur le domaine privé des établissements publics de santé pour éviter la cession des biens du patrimoine hospitalier et réduire les coûts d'entretien tout en favorisant la construction de logements, avec un accompagnement de l'Anap.

PATIENT HOSPITALISÉ

Soins psychiatriques sans consentement – Péril imminent – Obligation d'information

Cour de cassation, 18 décembre 2014, n°13-26816 - La cour de cassation rappelle l'importance de l'information des membres de la famille d'un patient admis en soins psychiatriques sous contrainte. En l'espèce, Mme X a été hospitalisée en soins psychiatriques pour péril imminent. L'établissement l'accueillant a informé son mari de cette hospitalisation. Il est reproché au directeur de l'établissement hospitalier d'avoir informé le mari alors « qu'un conflit ancien et profond existant entre les deux époux », une telle information n'aurait pu satisfaire aux exigences d'information de la famille (prévues à l'article L. 3212-1 du code de la santé publique). « Dans ces circonstances, le directeur de l'établissement hospitalier aurait dû informer les parents de Mme X, aptes à agir dans l'intérêt de celle-ci. C'est à bon droit qu'en l'absence de toute information de la famille de l'intéressée, le premier président a ordonné la mainlevée immédiate de la mesure ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Responsabilité médicale – Cancer – Dépistage – Tardif

Cour d'appel de Reims, 6 janvier 2015, n° 13-01202 - Par cet arrêt, la Cour d'appel de Reims a débouté un patient atteint d'un cancer de la prostate qui réclamait réparation à son ancien médecin traitant en lui faisant grief de lui avoir prescrit de manière tardive un dépistage par dosage du PSA (antigène prostatique). Le patient réclamait près de 500 000€ à son médecin traitant en considérant qu'il était à l'origine d'un retard de diagnostic fautif. En 2002, ce patient avait subi un examen complet de prévention auprès du centre de santé de la CPAM dont il relevait. Cet examen avait relevé « *notamment des difficultés de miction ainsi qu'une prostate légèrement augmentée au toucher rectal* ». Les résultats avaient été transmis au médecin généraliste que le patient consultait de façon régulière. En octobre 2007, des examens cliniques (constatation d'une grosse prostate nodulaire et suspecte) et un taux élevé de PSA avaient conduit à la réalisation d'examens complémentaires révélant un cancer prostatique. Par un jugement en date du 22 mars 2013, le tribunal de grande instance (TGI) de Troyes a conclu à l'absence de responsabilité du médecin traitant « *compte tenu des données acquises de la science sur la période litigieuse* » relatives au dosage PSA dans le cadre d'un dépistage systématique ou « *du dosage PSA individuel sur la base des résultats des seuls examens de prévention pratiqués en décembre 2002* ». Le requérant a alors interjeté appel. La Cour d'appel de Reims a rappelé dans cette affaire que la question était « *de savoir si ce dosage devait intervenir dans le cadre d'un dépistage en l'absence de tout symptôme ou dans le cadre d'un diagnostic individuel en présence de symptômes. Il apparaît effectivement, pour les motifs pertinents développés par le tribunal et que la cour adopte, que les développements mêlent systématiquement les considérations propres au dépistage individuel avec celles relatives au dépistage de masse* ». S'agissant de l'évaluation du préjudice et le lien de causalité avec la faute reprochée, la cour considère qu'il « *ne pouvait consister qu'en une double perte de chance d'avoir pu obtenir un diagnostic plus précoce puis d'avoir pu bénéficier d'un traitement chirurgical moins lourd et plus efficace* ». Elle relève également que « *l'absence de consensus scientifique sur le bénéfice supérieur de l'un ou l'autre des traitements met également en échec les conclusions expertales qui, sans élément de discussion critique, ont adopté comme pétition de principe que [le patient] avait la chance de bénéficier d'une chirurgie totale alors que son cancer, découvert seulement en 2007, n'était plus opérable* ». La cour fait également état de « *l'absence de consensus scientifique sur l'opportunité préventive du dosage systématique de l'antigène de la prostate* » en relevant les opinions contradictoires de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Académie de médecine et de l'Association française des urologues (AFU). Par ailleurs, s'agissant du retard de diagnostic fautif imputé au médecin traitant, la cour a conclu à l'absence de faute du médecin, tant au premier stade de la prise en charge du patient dans les suites immédiats de son examen au centre de santé en décembre 2002, que pour la période allant de 2003 à 2007.

Responsabilité médicale sans faute – Dommage – Critère d’anormalité

Conseil d’Etat, 12 décembre 2014, n°355052 et 365211 - Par deux décisions rendues le même jour, le Conseil d’Etat apporte des précisions relatives au critère d’anormalité du dommage subi par le patient qui emporte la prise en charge par l’ONIAM, au titre de la solidarité nationale, de la réparation des dommages résultant directement d’actes de prévention, de diagnostic ou de soins.

Le Conseil d’Etat rappelle que « la condition d’anormalité du dommage doit toujours être regardée comme remplie lorsque l’acte médical a entraîné des conséquences notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé de manière suffisamment probable en l’absence de traitement » et que « lorsque les conséquences de l’acte médical ne sont pas notablement plus graves que celles auxquelles le patient était exposé par sa pathologie en l’absence de traitement, elles ne peuvent être regardées comme anormales sauf si, dans les conditions où l’acte a été accompli, la survenance du dommage présentait une probabilité faible ; qu’ainsi, elles ne peuvent être regardées comme anormales au regard de l’état du patient lorsque la gravité de cet état a conduit à pratiquer un acte comportant des risques élevés dont la réalisation est à l’origine du dommage ».

Dans la première espèce, M.X, qui souffrait d’une hernie discale cervicale C4-C5 entraînant des douleurs, un déficit modéré du bras droit et une gêne à la marche, s’est trouvé, à son réveil de l’intervention chirurgicale pratiquée afin de réduire cette hernie, atteint d’un déficit moteur des quatre membres, entraînant une incapacité permanente d’un taux évalué par l’expert à 60 % ; la gravité de ce handicap étant sans commune mesure avec celle de l’état initial de l’intéressé, la condition d’anormalité était remplie.

Dans la seconde espèce, la condition d’anormalité n’est pas remplie : Mme Y, diabétique insulino-dépendante, a été victime le 10 août 2004 d’un coma diabétique acido-cétosique qui a rendu nécessaire une intubation pratiquée en urgence durant son transfert dans un centre hospitalier. En raison de cette intubation, elle a présenté une sténose laryngée. Les conséquences dommageables de l’intubation subie par Mme Y ne pouvaient être regardées comme anormales au regard de son état comme de l’évolution prévisible de celui-ci, la cour administrative d’appel ayant relevé, « d’une part, que l’intubation, pratiquée in extremis, présentait un caractère vital eu égard à l’état de coma diabétique et, d’autre part, que la complication survenue, bien qu’exceptionnelle, est favorisée par divers facteurs, tenant en particulier aux conditions d’intervention en urgence lorsque le pronostic vital est engagé. « Les conséquences de l’intubation n’étaient pas plus graves que celles auxquelles la patiente était exposée par sa pathologie et que si le risque de sténose laryngée inhérent à cet acte médical revêtait, en principe, un caractère exceptionnel, il en était allé autrement dans les circonstances de l’espèce, compte tenu notamment du fait qu’il avait dû être pratiqué en urgence ».

PERSONNEL

Politique d'emploi - Cumul emploi retraite - Pension de vieillesse

[Décret n° 2014-1713 du 30 décembre 2014](#) relatif au cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de vieillesse – Ce décret tire les conséquences des articles 19 et 20 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, destinés à favoriser l'emploi des seniors, sur les modalités de cumul d'une activité rémunérée et d'une pension vieillesse. « *L'article 19 étend à l'ensemble des régimes le principe de cotisations non productrices de droits nouveaux à retraite dès lors que l'assuré a liquidé une première pension de retraite de base. L'article 20 (III à VI) met en place une dérogation à la condition de subsidiarité (liquidation de l'ensemble des pensions de vieillesse) propre au cumul emploi retraite libéralisé. Cet assouplissement permet aux assurés de pouvoir continuer une activité dans le cadre du cumul emploi retraite libéralisé sans liquider les pensions de retraite dont l'âge de liquidation est supérieur à 62 ans* ».

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

[Décret n° 2015-54 du 23 janvier 2015](#) 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 2015 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.

Professeur des universités-praticien hospitalier - Emplois déclarés vacants – Mutation - Candidature - Année 2015

[Arrêté du 19 janvier 2015](#) portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2015 et fixant les modalités de candidature

Maître de conférences des universités-praticien hospitalier- Emplois déclarés vacants – Mutation - Candidature - Année 2015

[Arrêté du 19 janvier 2015](#) portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier offerts au titre de l'année 2015 à la mutation et au recrutement et fixant les modalités de candidature

Professeur des universités-praticien hospitalier - Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires - Emplois déclarés vacants – Mutation - Candidature - Année 2015

[Arrêté du 19 janvier 2015](#) portant déclaration de vacance d'emplois de professeur des universités-praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires offerts au titre de l'année 2015 à la mutation et au recrutement et fixant les modalités de candidature

Maître de conférences des universités-praticien hospitalier - Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires - Emplois déclarés vacants – Mutation - Candidature - Année 2015

[Arrêté du 19 janvier 2015](#) portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires offerts au titre de l'année 2015 à la mutation et au recrutement et fixant les modalités de candidature

Maître de conférences des universités de médecine générale - Emplois déclarés vacants – Mutation - Candidature - Année 2015

[Arrêté du 19 janvier 2015](#) portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités de médecine générale offerts au titre de l'année 2015 à la mutation et au recrutement et fixant les modalités de candidature

Politique d'emploi - Senior - Cumul emploi retraite

[Circulaire interministérielle n° DSS/3A/2014/347 du 29 décembre 2014](#) relative aux nouvelles règles applicables en matière de cumul d'une activité rémunérée et d'une pension de vieillesse - Sur le fondement des articles 19 et 20 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, cette circulaire précise en premier lieu le champ des modifications apportées à la condition de cessation d'activité pour bénéficier d'une pension de vieillesse, avant de présenter le champ des modifications apportées à la condition de subsidiarité du cumul emploi retraite libéralisé, puis le champ d'application de l'article L. 161-22-1 A du code de la sécurité sociale généralisant le principe de cotisations non génératrices de droits nouveaux à retraite.

Insertion professionnelle - Personne handicapée - Fonction publique - Comptabilité publique

[Arrêté du 14 janvier 2015](#) relatif aux modalités d'exercice du contrôle budgétaire sur le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique - Ce texte précise les modalités selon lesquelles le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est assujéti au contrôle budgétaire prévu par les articles 220 à 228 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Etablissements de santé - Etudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie - Bonnes pratiques

[Instruction n°DGOS/RH4/2014/340 du 10 décembre 2014](#) clarifiant les dispositions réglementaires relatives aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie – Cette instruction a pour objet de rappeler les règles applicables aux étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie et de clarifier les dispositions réglementaires applicables à ces étudiants hospitaliers dans le prolongement des travaux du groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants » qui s'est réuni du 14 novembre 2012 au 13 février 2013.

L'instruction clarifie également les nouvelles dispositions statutaires prévues par le décret n° 2014-674 du 24 juin 2014 d'appliquer l'architecture Licence-Master-Doctorat (LMD).

Infirmière – Etat dépressif – Imputabilité – Protection fonctionnelle

Conseil d'Etat, 1^{er} octobre 2014, n°364536 - Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi de Mme X et considère que la cour administrative d'appel de Bordeaux n'a pas commis d'erreur de qualification juridique dans son arrêt du 27 novembre 2012 en jugeant que « *le refus de titulariser Mme X dans le corps des cadres de santé et le refus de reconnaître l'imputabilité au service de son état de santé anxio-dépressif ne pouvaient être regardés comme des attaques au sens de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 et que l'obligation de l'établissement d'accorder à Mme X le bénéfice de la protection fonctionnelle était sérieusement contestable* ». En l'espèce, une infirmière chargée des fonctions de cadre de santé au sein d'un centre hospitalier, s'estimant victime dans le cadre de ses fonctions de faits constitutifs d'un harcèlement moral, a engagé contre deux de ses supérieurs hiérarchiques, une procédure devant le juge pénal. Elle s'est prévalué du droit à la protection fonctionnelle pour demander au juge des référés du Tribunal administratif de Pau de mettre à la charge de son employeur une provision destinée à couvrir les frais qui lui incombent dans le cadre de cette procédure pénale (29379,72 euros).

Fin de vie – Euthanasie – Conseil national de l'ordre des médecins – Radiation

Conseil d'Etat, 30 décembre 2014, n°381245 - Le 24 janvier 2013, la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins d'Aquitaine a, sur une plainte du Conseil national de l'ordre des médecins, prononcé la radiation du Dr X du tableau de l'ordre des médecins pour avoir provoqué délibérément la mort de plusieurs patients de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du centre hospitalier Y, en violation de l'article R. 4127-38 du code de la santé publique.

Le 15 avril 2014, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a rejeté l'appel formé par le Dr X contre cette décision et a décidé que la sanction prendrait effet à compter du 1^{er} juillet 2014.

Le Dr X se pourvoit en cassation. Le Conseil d'Etat confirme la régularité de la procédure suivie par les chambres ordinaires ainsi que les décisions prises sur le fond :

Le Conseil d'Etat rappelle que le juge disciplinaire est libre de statuer sur une plainte dont il est saisi sans attendre l'issue d'une procédure pénale,

« *Il appartient au juge de cassation de s'assurer que la décision des juges du fond a été légalement rendue, au vu des pièces du dossier soumis à leur examen ; qu'un requérant ne peut dès lors utilement se prévaloir devant le juge de cassation de pièces nouvelles qui n'ont pas été produites devant les juges du fond* ».

« *Qu'en déduisant des témoignages précis et concordants du personnel médical joints au dossier, quant aux circonstances et aux modalités d'administration du produit concerné, que celui-ci a été injecté dans un but létal, et que, par suite, M. X avait à « plusieurs reprises, provoqué délibérément la mort », la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins n'a pas entaché sa décision de dénaturation* ».

Pour rappel, l'article 38 du code de déontologie médicale (article R. 4127-38 du code de la santé publique) énonce que « *Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort* ».



Fonction publique - Rapport annuel - Ressources humaines - Politiques - Chiffres

Rapport annuel sur l'état de la fonction publique - Politiques et pratiques de ressources humaines - Faits et chiffres - Ministère de la décentralisation et de la fonction publique - Édition 2014 - Ce rapport débute en affirmant que *"les conditions d'emploi de ces agents doivent s'inscrire dans cette démarche de modernisation avec pour axe directeur la simplification, autant sur le plan statutaire et indemnitaire qu'en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Pour conduire cette démarche de modernisation, l'administration doit s'appuyer sur un dialogue social de qualité"*. Le document présente les réformes et améliorations de l'année écoulée et les orientations fixées pour les mois à venir dans son titre 1, « Politiques et pratiques de ressources humaines », avant de partager *"le plus largement possible des chiffres et des analyses sur les ressources humaines des trois versants de la fonction publique : emploi, recrutements et parcours professionnels, formation, rémunérations, conditions de travail et politique sociale notamment pour alimenter le dialogue social"* dans son titre 2 .

ORGANISATION DES SOINS

Soins d'urgence – Formation – Attestation

Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

Structures d'urgences - SAMU-SMUR - Praticiens hospitaliers- Temps de travail

Circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR – Cette circulaire a pour objectif de clarifier les modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgence-SAMU SMUR. La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a affirmé *« sans attendre l'application de trois principes forts et spécifiques concernant les structures d'urgences- SAMU- SMUR : - La généralisation du principe de décompte horaire du temps de travail dans toutes les structures d'urgences et/ou-SAMU et/ou-SMUR au plus tard le 1er juillet 2015 ; cette généralisation sera consacrée par voie réglementaire. La mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures d'urgences et/ou-SAMU et/ou-SMUR. Celui-ci permettra d'identifier, à partir des tableaux de service prévisionnels et réalisés dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques qui sera forfaitisé. L'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient. Les décrets visant les conditions de fonctionnement des activités d'urgence seront modifiés au plus tard le 1er juillet 2015 afin de permettre aux agences régionales de santé de conduire un travail spécifique sur la territorialisation des organisations de travail des équipes d'urgence-SAMU-SMUR, et rendre possible une mutualisation des ressources et du temps médical entre les sites d'urgences et les différents SMUR inscrits dans une activité multi-sites. Par ailleurs, l'articulation avec les services départementaux d'incendie et de secours sera systématiquement favorisée. »*



Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) – Transports sanitaires non urgents – Gestion

Guide de l'ANAP, Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé, décembre 2014 – Approche territoriale – L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) promeut « une étude approfondie sur le transport de patients qui se décline en deux guides : un guide « Établissement de santé », visant à améliorer le processus interne de gestion et centralisation des demandes de transports au sein des établissements de santé », ainsi qu'un « guide « Territorial » (le présent document), visant à améliorer la planification et la programmation des réorganisations territoriales de l'offre de santé en faisant évoluer l'organisation des transports de patients vers plus d'efficacité ». Ce guide propose huit fiches pratiques relatives notamment au pilotage de projet, au partage de méthode, ou à la collecte et au traitement de données.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Médecine – Endoscopie

Instruction n° DGOS/PF2/2014/338 du 8 décembre 2014 relative à l'audit national en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux - Cette instruction incite les établissements de santé ayant une activité d'endoscopie à réaliser un état des lieux des pratiques concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux. La réalisation de cet audit est confiée au groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (Grep hh). Il comportera un tronc commun et des modules complémentaires. Est annexé à cette instruction un « guide méthodologique de l'audit en endoscopie concernant les endoscopes souples non autoclavables avec canaux, GREPHH 2014. »

Sécurité sanitaire - Sanctions administratives - Sanctions pénales – Procédure

Circulaire du 16 décembre 2014 de présentation des dispositions de l'ordonnance n°2013-1183 du 19 décembre 2013 relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l'adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements, et des textes pris pour son application – Cette circulaire a pour finalité de présenter la nouvelle architecture des sanctions en matière de sécurité sanitaire et l'équilibre établi entre sanctions administratives et sanctions pénales, qui nécessitent la mise en place d'une politique pénale coordonnée (1), d'exposer les principales modifications de droit pénal introduites par ces deux textes, destinées à mieux définir les infractions et à adapter les sanctions propres à la matière sanitaire (2) et de décrire les nouveaux outils procéduraux mis en place pour assurer une plus grande efficacité des investigations en cette matière (3).

Vaccination – Grippe saisonnière – Professionnels de santé – Etablissements de santé – Etablissements médico-sociaux

[Circulaire DGS/RI1/DGOS/DGCS n° 2014-316 du 17 novembre 2014](#) relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux

Vaccination – Pénurie – Infections invasives à méningocoques de sérotype – Centres de vaccinations – PMI – PUI

[Instruction n° DGS/RI1/2015/15 du 16 janvier 2015](#) relative à la tension en approvisionnement de vaccins méningococciques monovalents et à l'utilisation de vaccins méningococciques tétravalents pour les populations âgées de 5 ans à 24 ans – Cette instruction vise à préciser que la vaccination contre les infections invasives à sérotype C des populations âgées de 5 ans à 24 ans sera effectuée par des vaccins méningococciques tétravalents ACYW durant cette période, disponibles notamment dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé. Par ailleurs, Cette instruction vise également à informer les centres de vaccination et les services de protection maternelle infantile de la modification temporaire de ces recommandations vaccinales et de veiller à ce que cette vaccination soit proposée dans ces structures.

Liste - Caractéristiques - Produits sanguins labiles - Etablissement de transfusion sanguine

[Décision du 9 janvier 2015](#) modifiant la décision du 20 octobre 2010 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

Messagerie sécurisée - Compte-rendu d'hospitalisation - Echange dématérialisé ville hôpital

[Instruction n° DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014](#) relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé – *« Promouvoir la prise en charge globale du patient en ville comme à l'hôpital constitue l'un des axes majeurs d'amélioration de notre système de soins. C'est pourquoi l'un des objectifs de la stratégie nationale de santé est d'accélérer le déploiement des systèmes d'information supports de la coordination des soins et du parcours du patient. Le dossier médical partagé (DMP) et les messageries sécurisées de santé sont les deux services de référence complémentaires pour la transmission dématérialisée des informations utiles pour servir et faciliter les pratiques des médecins et, plus largement, les professionnels de santé, afin de permettre une meilleure coordination des soins. Les messageries sécurisées permettent l'échange entre professionnels de santé et facilitent ainsi la coordination des soins entre les établissements de santé et le secteur ambulatoire. Le système de messageries sécurisées MSSanté constitue un « espace de confiance » réservé aux professionnels du secteur de la santé, leur permettant d'échanger des données de manière dématérialisée, sécurisée et confidentielle. Il facilite la coordination des soins entre les établissements de santé et les professionnels de santé exerçant en secteur ambulatoire. Après une phase de tests effectuée avec succès dans quinze établissements de santé, le système de messageries sécurisées MSSanté est opérationnel depuis juin 2014. Tous les établissements doivent rendre la messagerie électronique qu'ils utilisent compatible avec le système des messageries sécurisées MSSanté, avant la fin 2015. »*

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) – Autorisations – Médicaments

[Délibération n° 2014-501 du 11 décembre 2014](#) portant autorisation unique de mise en œuvre de traitements automatisés de données à caractère personnel par les entreprises ou organismes exploitant ou important des médicaments dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et recommandations temporaires d'utilisation (RTU) (AU-041) - Cette délibération porte autorisation unique de traitement de données à caractère personnel dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et recommandations temporaires d'utilisation (RTU), et concerne la "*mise en œuvre de traitements automatisés de données à caractère personnel par les entreprises ou organismes exploitant ou important des médicaments dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation et recommandations temporaires d'utilisation*". Elle indique que les responsables peuvent mettre en œuvre leurs traitements de données, sous réserve d'adresser à la Cnil une déclaration comportant un engagement de conformité aux conditions fixées. Tout traitement excédant le cadre de cette décision fera obligatoirement l'objet d'une demande d'autorisation.

Pour aller plus loin : [Article de la CNIL « Laboratoires : adoption d'une autorisation unique pour les ATU et les RTU \(AU-041\) »](#)

PUBLICATIONS AP-HP

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

