

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 février au 1er mars 2012

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Patient hospitalisé	<a href="#">page 2</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 4</a>
Personnel	<a href="#">page 6</a>
Responsabilité hospitalière	<a href="#">page 8</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 9</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 10</a>
Coopérations	<a href="#">page 10</a>
Informatique	<a href="#">page 10</a>
Publications	<a href="#">page 11</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Clémence DULIERE**

**Ahmed EI DJERBI**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

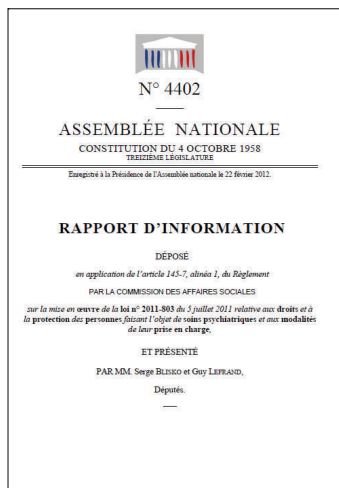
**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN-  
MARIS**

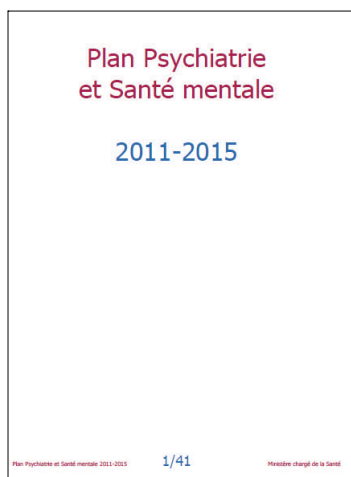
**Audrey VOLPE**

## PATIENT HOSPITALISÉ

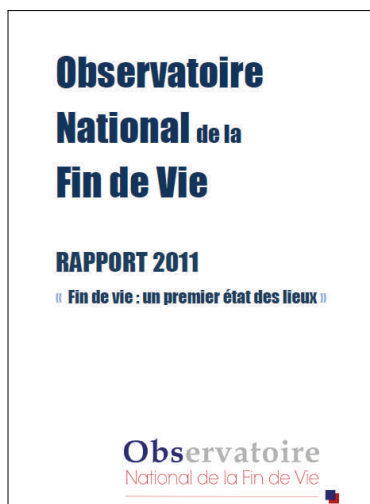
[Fiche pratique « rédaction des certificats médicaux – attestations »](#) - Cette fiche pratique revient sur la définition des certificats médicaux, leurs formes et leurs contenus.



[Rapport n°4402 déposé le 22 février 2012](#) par Serge Blisko et Guy Lefrand en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Ce rapport fait état, à l'issue d'un délai de six mois, des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux soins et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.



[Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015](#) - La secrétaire d'État chargée de la Santé a présenté ce mercredi en conseil des ministres le nouveau plan Psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2011-2015, qui donne un rôle central aux ARS.



[Observatoire national de la fin de vie, 1er rapport 2011 sur les conditions de la fin de vie en France](#) - « *L'observatoire de la fin de vie a pour mission de recueillir et de mettre en perspective l'ensemble des informations relatives aux conditions de la fin de vie. Cet état des lieux des connaissances existantes doit permettre d'éclairer les pratiques des professionnels de santé, d'impulser de nouveaux travaux de recherche, de fournir aux décideurs publics et aux législateurs les éléments d'appréciation factuels indispensables, et d'alimenter le débat public sur une question qui concerne et intéresse tous les Français* ». Ce premier rapport rendu par l'Observatoire national de la fin de vie est avant tout un état des lieux de la situation française. Ce rapport se découpe en 3 parties (1ère partie : la fin de vie, questions de société ; 2ème partie : fins de vie et système de santé ; 3ème partie : formation et recherche : état des lieux et besoins des professionnels) et conclut principalement à ce que certaines améliorations puissent être apportées en termes de formation des professionnels, promotion de bonnes pratiques face au risque d'obstination déraisonnable ou encore de recherche qualitative pour mieux comprendre le vécu des patients en fin de vie. Il souligne enfin le retard considérable de la recherche française qui demeure « embryonnaire » et « rencontre des difficultés pour se développer non seulement parce qu'elle requiert une approche pluridisciplinaire mais aussi parce qu'elle nécessite des investigations d'ordre qualitatif encore trop peu valorisées dans les sciences médicales ».

Cour européenne des droits de l'homme, 23 février 2012, n° 27244/09 (CEDH – Détenus – Troubles mentaux – Hôpital psychiatrique) - Dans cet arrêt, la Cour européenne des droits de l'homme a condamné la France pour avoir violé l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme interdisant les « *traitements inhumains et dégradants* », et notamment « *le défaut de traitement spécialisé, en particulier d'une surveillance psychiatrique constante, combiné à des conditions matérielles de détention inappropriées* ». Elle a considéré que le maintien en détention du requérant sur la période 2005-2009 a entravé « *le traitement médical que son état de santé exigeait et lui a infligé une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention* ». La CEDH condamne la France à verser au plaignant 10 000 € pour dommage moral et 5 000 € pour frais et dépens. Le jugement est susceptible d'appel dans un délai de trois mois.

Dans les faits, le requérant souffre d'une psychose chronique de type schizophrénique générant des troubles hallucinatoires, des délires ainsi que des conduites agressives et addictives. Entre 1996 et 2009, ce patient a alterné des périodes d'incarcération et d'hospitalisation en milieu psychiatrique et est hospitalisé de manière continue depuis 2009. A la suite d'une dégradation commise au sein de l'hôpital psychiatrique dans lequel ce patient était hospitalisé, il a été incarcéré en mai 2005 et a mis le feu à sa cellule dans le mois de cette même année entraînant des blessures graves sur un codétenu décédé quatre mois après. Une Cour d'Assises l'a reconnu coupable et pénalement responsable de ces faits en novembre 2008 mais une autre Cour d'Assises, en appel, l'a déclaré irresponsable pénalement en septembre 2009. La CEDH conclut à la « *gravité incontestée de la maladie* » en soulignant que « *tout au long de ces quatre années, les médecins ne cessèrent de recommander, outre un traitement médicamenteux essentiellement à visée thérapeutique par rapport aux troubles que [le requérant] présente un suivi psychiatrique spécialisé, durable et soutenu y compris en unité pour malades difficiles au motif que ses troubles pouvaient compromettre la sûreté des personnes en raison de l'imprévisibilité de ses passages à l'acte* ». La CEDH estime qu'« *il était vain d'alterner les séjours à l'hôpital psychiatrique et en prison, les premiers étant trop brefs et aléatoires, les seconds incompréhensibles et angoissants pour le requérant, dangereux pour lui-même et autrui* » et que « *l'alternance des soins, en prison et dans un établissement spécialisé, et de l'incarcération faisait manifestement obstacle à la stabilisation de l'état de l'intéressé, démontrant ainsi son incapacité à la détention* ». La Cour fait également état des conditions matérielles de détention du requérant au sein du service médico-psychologique régional (SMPR) où il a séjourné à de nombreuses reprises qui ont été sévèrement critiquées par les autorités nationales, dont la Cour des comptes qui n'a pas hésité à les qualifier de conditions indignes.

Commission d'accès aux documents administratifs, 26 janvier 2012, n° 20120310-ND (CADA – communication du dossier médical – Délai de saisine) - Un usager, Mr H a saisi la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) à la suite du refus opposé par la directrice générale de l'AP-HP à sa demande de communication de l'entier dossier médical de sa femme décédée afin de connaître les causes de son décès. En l'absence de réponse de l'AP-HP, la CADA souligne que la demande de communication adressée par Mr H. à cette administration date du 26 décembre 2002. Elle rappelle qu'en application de l'article 17 alinéa 2 du décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005, la CADA doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification du refus ou de l'intervention du refus tacite.

Au cas d'espèce, la commission estime que du fait du « *délai écoulé depuis la date à laquelle la demande initiale a été adressée à l'administration, soit plus de neuf années, l'existence même d'un refus actuel de communication du dossier par l'AP-HP sur lequel elle pourrait se prononcer n'apparaît pas certaine. Elle ne peut, dès lors, que déclarer irrecevable la demande d'avis et inviter Mr H., s'il le souhaite, à saisir à nouveau la directrice générale de l'AP-HP* ».

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

[Décret n° 2012-285 du 29 février 2012](#) relatif à la répartition des sièges des représentants des personnels non médicaux au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des établissements visés 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 modifie les dispositions relatives aux représentants du personnel dans les CHSCT des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux pour les mettre en cohérence avec les nouvelles règles de représentativité syndicale résultant de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique. Ainsi, les règles de répartition des sièges des représentants des personnels non médicaux aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail susmentionnés sont désormais fondées sur les résultats des élections aux comités techniques d'établissement.

[Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/2012/08 du 4 janvier 2012](#) relative aux mesures conservatoires se rapportant au droit syndical et à la composition de certaines instances des 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



[Guide méthodologique de Comptabilité analytique hospitalière](#) du ministère de la santé - Le guide méthodologique de Comptabilité analytique hospitalière (CAH) du ministère de la santé a été publié, dans sa nouvelle réédition, fin janvier au Bulletin officiel spécial (BOS) 2011/9 bis. Cette nouvelle version annule et remplace le tome 1 des bulletins officiels spéciaux diffusés depuis 1997. Ces règles sont applicables à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Le ministère précise que les tomes 2 et 3 feront l'objet de publications ultérieures. Dans la préface de ce guide, Annie PODEUR indique que « *la CAH apporte des réponses aux attentes des établissements au travers de trois principales méthodes de calculs des coûts : le retraitement comptable (RTC), le calcul des coûts par activités, les échelles nationales de coûts à méthodologie commune (ENCC)* ». Elle souligne que « *ces méthodes visent des objectifs complémentaires : définition des coûts des activités support et calcul des coûts des séjours ou des séquences de soins. Elles ont permis la constitution de référentiels nationaux ou régionaux notamment à des fins de parangonnage : Base d'Angers, HospiDiag, ENCC, référentiels développés par les Agences Régionales de Santé...* ».

[Arrêté du 23 février 2012](#) fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale - L'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est fixé à 46 792,9 millions d'euros pour 2012.

[Arrêté du 23 février 2012](#) portant détermination pour 2012 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale - Le montant de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est fixé à 8 563,2 millions d'euros pour 2012.

[Arrêté du 23 février 2012](#) fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale - L'objectif de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 16 104,4 millions d'euros pour 2012 dont :5 948,5 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation ; 8 742,4 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie.

[Arrêté du 23 février 2012 fixant](#) pour l'année 2012 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale- L'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est fixé à 2 548,3 millions d'euros pour 2012 dont :1 907,7 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation ;640,6 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie.

[Décret n° 2012-271 du 27 février 2012](#) relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé - Ce décret précise le fonctionnement du fonds d'intervention régional (FIR) placé auprès des agences régionales de santé (ARS). Créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012, le FIR met en commun des dotations de la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé (PDSA, PDSES), du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) et des crédits de prévention. Il finance des actions des expérimentations et le cas échéant des structures concourant à huit types de missions telles que la PDSA et la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins hospitalière. Ce texte détaille l'ensemble des initiatives pouvant faire l'objet d'un financement et les organismes bénéficiaires dont les établissements de santé publics.

[Arrêté du 27 février 2012](#) fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique- Cet arrêté vient compléter le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé. Il apporte des précisions quant aux actions potentiellement éligibles en matière de permanence des soins et d'aides individuelles pour les personnels hospitaliers en matière de mobilité et d'adaptation (indemnités de mobilité, indemnités de départ volontaire,...).

[Arrêté du 28 février 2012](#) fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004



[Instruction DREES/BES n° 2011-408 du 26 octobre 2011](#) relative à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2011

[Circulaire interministérielle DGCS/1A/DGS n° 2011-469 du 14 décembre 2011](#) relative aux modalités de mobilisation de la réserve sanitaire dans le cadre du plan « grand froid » 2011-2012 – Cette circulaire introduit le principe du renfort des maraudes sociales dans les plus grandes villes par des médecins volontaires de la réserve sanitaire durant les périodes de grand froid. La circulaire présente les modalités de recours à cette réserve.

[Circulaire n° 5575/SG du 21 février 2012](#) relative à la suppression des termes 'Mademoiselle', 'nom de jeune fille', 'nom patronymique', 'nom d'épouse' et 'nom d'époux' des formulaires et correspondances des administrations

### **Jurisprudences :**

[Cour administrative d'appel de Versailles, 2 septembre 2010, n°09VE02655](#) (Etablissement pour personnes âgées – Inspection – Visite surprise – Police administrative)- En l'espèce, un établissement pour personnes âgées dépendantes exploité par une société a fait l'objet d'une inspection « surprise » par les services de la direction des affaires sanitaires et sociales (DASS). A la suite de cette visite, le préfet a enjoint la société de mettre en œuvre les mesures propres à assurer la sécurité des résidents, la continuité de leur prise en charge, le bien-être des personnes désorientées ainsi que la conformité des contrats de séjour. Il a également avisé la société que le défaut de respect de ces injonctions serait de nature à entraîner une fermeture de l'établissement. Toutefois, à la suite d'une nouvelle inspection non annoncée, l'administration a considéré que cette injonction n'avait pas été respectée, entraînant la fermeture de l'établissement. La société a formé un recours contre cette décision. La Cour administrative d'appel rejette la requête de la société au motif que « *le caractère proportionné de l'ingérence que constitue la mise en œuvre, par une autorité publique, de ses pouvoirs de visite et de contrôle des locaux professionnels résulte de l'existence de garanties effectives et appropriées, compte tenu, pour chaque procédure, de l'ampleur et de la finalité de ces pouvoirs* ».

## **PERSONNEL**

[Décret n° 2012-248 du 22 février 2012](#) modifiant le décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière et le décret n° 90-839 du 21 septembre 1990 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie C de la fonction publique hospitalière

[Décret n° 2012-257 du 22 février 2012](#) relatif à la commission d'interrégion du troisième cycle des études spécialisées pharmaceutiques et de biologie médicale - Ce décret crée des commissions d'interrégion du troisième cycle des études spécialisées pharmaceutiques et de biologie médicale en vue de la répartition des postes d'internes en pharmacie et de l'agrément des lieux de stages. Il a pour objet de réinstaurer ces commissions, auparavant dénommées « commissions d'agrément » qui avaient été dissoutes. Il précise ainsi les modalités de fonctionnement, la composition ainsi que le rôle des commissions d'interrégion.

[Arrêté du 27 février 2012](#) fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional en application du 3° de l'article R. 1435-19 du code de la santé publique

[Circulaire n°DGOS/RH3/2012/58 du 3 février 2012](#) fixant le coût horaire moyen dans la fonction publique hospitalière servant de base au calcul de la compensation financière dans le cadre de la mise en œuvre de la mutualisation des crédits d'heures syndicales

[Instruction n° DGOS/RH4/ 2012/33 du 24 janvier 2012](#) concernant la poursuite de la mise en œuvre du protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B

[Circulaire n° DGCS/SDFE/B3/2012/77 du 17 février 2012](#) relative aux conditions d'application du contrat pour la mixité des emplois et l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes prévu par décret n°2011-1830 du 6 décembre 2011

[Instruction DGOS/RH2 n° 2011-478](#) du 21 décembre 2011 relative à l'autorisation, pour les médecins et chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne, de poursuivre leurs fonctions au sein des établissements publics de santé

[Circulaire du 10 février 2012](#) relative aux autorisations d'absence pouvant être accordées à l'occasion des principales fêtes religieuses des différentes confessions

### **Jurisprudence :**

[Conseil d'Etat, 19 octobre 2011, n° 344324](#) (Corps d'infirmiers – Décret du 29 septembre 2010 – Conditions d'intégration)- En l'espèce, une requérante a demandé au Conseil d'Etat d'annuler le I de l'article 30 du décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. Ce décret a créé le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. Ce décret dispose au I de l'article 30 « Le droit d'option prévu par les dispositions de l'article 37 de la loi du 5 juillet 2010 susvisée est ouvert aux membres du corps des infirmiers régi par le décret du 30 novembre 1988 susvisé. / Ce droit d'option est ouvert durant une période de six mois à compter de la date de publication du présent décret (...) ». Pour rejeter la demande, le Conseil d'Etat considère qu'il « *résulte des termes mêmes de l'article 37 de la loi du 5 juillet 2010 que le droit d'option qu'il prévoit est ouvert aux fonctionnaires relevant, à la date de création des corps et cadres d'emplois mentionnés au I, des corps et cadres d'emploi mentionnés au II ; que, cet article n'étant pas d'application immédiate et nécessitant, pour entrer en vigueur, l'intervention d'un décret afin de créer les corps et cadres d'emplois concernés et de fixer les conditions de l'option, un tel décret ne pouvait comporter une disposition fixant rétroactivement, à la date de publication de la loi, l'ouverture de ce droit d'option ; que [la requérante] n'est, par suite, pas fondée à soutenir qu'il appartenait au décret du 29 septembre 2010 de prévoir une disposition permettant aux personnes qui possédaient la qualité de membre du corps des infirmiers à la date de publication de la loi du 5 juillet 2010, mais avaient perdu cette qualité à la date de publication du décret, notamment en raison de leur mise à la retraite pour atteinte de la limite d'âge, d'obtenir leur intégration dans le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés* ».

## RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

Fiche pratique « Les responsabilités à l'hôpital » - Cette fiche pratique élaborée par la Direction des affaires juridiques a pour objet de rappeler les principes communs à tous les régimes de responsabilité, les fondements de la responsabilité administrative disciplinaire et pénale à l'hôpital. Sont également abordés les cas résiduels de mise en œuvre de la responsabilité civile à l'hôpital.

Cour de cassation, 26 janvier 2012, n°10-26.705 (obligation d'informer le patient) - La Cour de cassation rappelle ici que toute personne a le droit d'être informée, préalablement aux investigations, traitements ou actions de prévention proposés, des risques inhérents à ceux-ci, et que son consentement doit être recueilli par le praticien qui la prend en charge, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle elle n'est pas à même de consentir. Le non-respect de ce devoir d'information doit être réparé. En l'espèce, un médecin avait pratiqué sur l'une de ses patientes l'exérèse de sa glande thyroïde mais ne l'avait pas informée, avant l'intervention, des risques importants de cancer thyroïdien que révélaient les examens pratiqués. Il avait également omis d'évoquer l'éventualité d'une thyroïdectomie totale avec ses conséquences, information qu'il aurait dû, avec prudence compte tenu de ses incidences émotionnelles, lui fournir afin qu'elle puisse donner un consentement éclairé. En outre, le praticien n'avait indiqué le diagnostic de cancer à sa patiente que dix jours après l'intervention.

Conseil d'Etat, 17 février 2012, n°342366 (infections nosocomiales - cause extérieure - responsabilité) - Le Conseil d'Etat écarte en l'espèce l'idée que la prédisposition pathologique d'un patient (son état de santé fortement dégradé) puisse exonérer un établissement de santé de sa responsabilité s'il contracte une infection nosocomiale, en l'occurrence lors de son placement sous réanimation respiratoire. Il censure ainsi la Cour administrative d'appel de Bordeaux qui estimait que l'établissement avait rapporté la preuve d'une cause étrangère, exonératoire de responsabilité "*compte tenu de l'état initial fortement dégradé de la victime*" et conclut à la responsabilité de l'hôpital, qui a fait perdre une chance de survie au patient, qui eut été importante en l'absence d'infection. Le CHU est condamné à verser près de 100 000 euros d'indemnité à la famille du patient, au titre des préjudices physiques et moral.

Tribunal administratif de Marseille, 22 novembre 2011, n° 1005400 (Responsabilité hospitalière – Suicide – Sous-estimation du risque suicidaire – Défaut de surveillance) - En l'espèce, un patient âgé de 28 ans a été retrouvé pendu au radiateur de sa chambre d'hôpital par le rideau de la fenêtre qu'il avait atteint en déplaçant la table de nuit, deux heures après avoir été accueilli au sein d'un centre hospitalier suite à une tentative de suicide qui avait eu lieu le matin même du drame et après avoir été diagnostiqué comme étant atteint d'un syndrome anxio-dépressif sans élément majeur de gravité. Le demi-frère du patient décédé recherche la responsabilité du centre hospitalier.

Le tribunal administratif de Marseille considère que la sous-évaluation du risque suicidaire d'un patient atteint de troubles psychiques et le défaut de mise en œuvre d'une surveillance particulière de patient sont constitutifs d'une faute médicale de nature à engager la responsabilité de cet établissement public de santé.



[Conseil d'Etat, 17 février 2012, n° 334766](#) (Hôpital de jour – Mineur – Manquement à l'obligation de garde – Absence de responsabilité sans faute de l'établissement public de santé) - Par cet arrêt, le Conseil d'Etat considère que « *l'hôpital de jour, qui est un mode de prise en charge hospitalier destiné à assurer des soins polyvalents mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire en un lieu ouvert à la journée selon une périodicité déterminée pour chaque patient, ne constitue pas une méthode thérapeutique créant un risque spécial pour les tiers susceptible d'engager sans faute la responsabilité de l'administration* ».

En l'espèce, la Haute juridiction administrative a été saisie pour annuler un arrêt d'une cour administrative d'appel confirmant un jugement du tribunal administratif qui a rejeté une demande de condamnation d'un centre hospitalier suite à l'agression par un mineur de sa mère. Or, le Conseil d'Etat estime que l'admission de ce mineur suivi pour des troubles psychiques en hôpital de jour au sein du centre hospitalier « *n'a pas eu pour effet de transférer à cet établissement la responsabilité d'organiser, diriger et contrôler la vie de ce mineur qui se trouvait, à la sortie de l'hôpital de jour, sous la garde légale de son père* ». La responsabilité sans faute de l'hôpital du fait du manquement à l'obligation de garde d'un patient mineur ne peut ainsi être engagée. Par ailleurs, il relève que les médecins du centre hospitalier ont mis en œuvre des traitements adaptés à la pathologie du malade et conformes aux données de la science et considère que l'agression commise par le mineur était imprévisible.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Décret n° 2012-234 du 17 février 2012](#) portant prorogation des agréments des établissements de transfusion sanguine - Ce décret a pour objet de proroger les agréments des établissements de transfusion sanguine jusqu'au 31 décembre 2013 afin qu'ils puissent être renouvelés conformément aux schémas d'organisation de la transfusion sanguine, qui tireront les conséquences de la nouvelle organisation de l'Etablissement français du sang.

[Arrêté du 13 février 2012](#) pris en application de l'article R. 1211-21 relatif aux conditions d'utilisation d'organes ou de cellules provenant de donneurs porteurs de marqueurs du virus de l'hépatite C - Figurent au sein de l'annexe du présent arrêté les protocoles permettant l'utilisation d'organes ou de cellules de donneurs porteurs de marqueurs du virus de l'hépatite C.

[Décision du 19 janvier 2012](#) prise en application de l'article R. 5124-46 du code de la santé publique et fixant la forme et le contenu de l'état des établissements pharmaceutiques visés aux 1° à 15° de l'article R. 5124-2 du même code

[Instruction n°DGOS/PF2/DGS/PP/DSS/SD1-1A/45 du 25 janvier 2012](#) relative à l'organisation régionale des prises en charge, aux conditions de couverture par l'Assurance Maladie et aux modalités de codage PMSI concernant les femmes porteuses de prothèses mammaires de la société Poly Implant Prothèse (PIP) – Cette instruction a pour objet de préciser et de compléter l'instruction DGOS/PF2/DGS/PP du 23 décembre 2011 sur le cadre régional de l'organisation de la prise en charge des femmes porteuses de prothèses mammaires de la marque Poly Implant Prothèse (PIP), les modalités de conservation des prothèses explantées, le codage PMSI des explantations, et la couverture financière de ces explantations

[Instruction n°DGOS/PF2/DGS/RI3/2012/75 du 13 février 2012](#) relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées – Cette instruction a pour objet de porter à la connaissance des établissements de santé, des Agences régionales de santé, et des Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et de leurs antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales, les nouvelles modalités de signalement externe des infections nosocomiales

[Instruction DGS/R13 n° 2011-449](#) du 1er décembre 2011 relative à l'actualisation des recommandations visant à réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels lors des actes invasifs

[Circulaire DREES/BESP n° 2011-453 du 1er décembre 2011](#) relative à la diffusion, la validation et la remontée des bulletins d'interruption volontaire de grossesse (BIG)

## ORGANISATION DES SOINS

[Circulaire n°DGOS/R2/2012/73 du 13 février 2012](#) relative à l'amélioration de l'organisation de la réponse aux besoins urgents en soins dentaires

## COOPÉRATIONS

[Arrêté du 9 février 2012](#) relatif aux stagiaires associés – Ce texte vient modifier l'arrêté du 16 mai 2011 relatif aux stagiaires associés en précisant que le niveau de maîtrise de la langue française du stagiaire associé. Celui-ci est apprécié par l'établissement public de santé d'accueil en fonction du contenu et des objectifs de la formation pratique complémentaire.

## INFORMATIQUE

[Arrêté du 18 janvier 2012](#) relatif au référencement de produits de sécurité ou d'offres de prestataires de services de confiance

## PUBLICATIONS AP-HP

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

