

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 juin au 2 juillet 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Droits des patients	page 2
Organisation des soins	page 3
Organisation hospitalière	page 4
Personnel	page 6
Réglementation sanitaire	page 9
Responsabilité médicale	page 10
Frais de séjour	page 12
Informatique	page 13
Marchés publics	page 13
Publications	page 14

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

Hylda DUBARRY

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

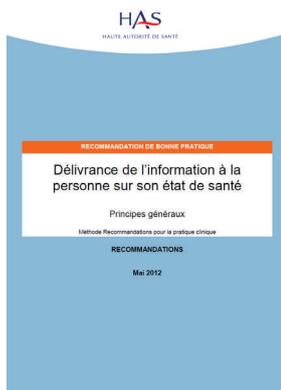
Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

DROIT DES PATIENTS

Fiche pratique de la DAJ : « [Bandes enregistrements SAMU : Règles de conservation et communication](#) » - Cette fiche pratique présente, à la lumière des recommandations de bonnes pratiques et de la jurisprudence en la matière, les règles de conservation et, le cas échéant, de communication des bandes d'enregistrement du SAMU.



Haute autorité de santé (HAS), [Recommandation de bonnes pratiques pour les professionnels de santé relative à la délivrance à une personne de l'information sur son état de santé](#), mai 2012 – Ces recommandations sont formulées par la HAS à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé et pas seulement des médecins. Elles abordent notamment les questions relatives au contenu de l'information, aux professionnels à qui incombe la délivrance de l'information, ainsi que l'exercice du droit à l'information pour le mineur ou le majeur sous tutelle.



[Rapport annuel 2011](#) du Défenseur des droits – Autorité indépendante instituée par la loi organique du 29 mars 2011, succédant dans leur mission de protection des droits et libertés au Médiateur de la République, au Défenseur des enfants, à la Commission nationale de déontologie de la sécurité et à la Haute autorité de lutte contre les discriminations, le Défenseur des droits a remis au Président de la République son rapport annuel 2011. Dans le champ de la santé, le rapport souligne notamment l'existence de difficultés persistantes dans l'accès au dossier médical. Sur ce point, le Défenseur des droits formule des recommandations parmi lesquelles l'allongement du délai de communication des dossiers médicaux à vingt jours pour les informations remontant jusqu'à cinq ans afin de prendre en considération les impératifs purement administratifs et structurels de l'établissement de santé, tout en respectant les droits légitimes du patient. Il propose en outre l'ouverture au concubin ou au partenaire d'un pacte civil de solidarité (Pacs) d'un patient décédé le droit d'accéder au dossier médical de ce patient dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues pour les ayants-droit.

S'agissant de la prise en charge des personnes vulnérables, le Défenseur des droits préconise d'étendre à tous les acteurs du dispositif de soins (direction, administratif, agent hospitalier, personnel de ménage extérieur...), les actions de formation ciblées sur la « lutte contre la maltraitance » ou la « promotion de la bientraitance ».

Étude du Centre migrations et citoyennetés de l'Institut français des relations internationales (IFRI), « [La "diversité" à l'hôpital : identités sociales et discriminations](#) » - Cette étude sur la construction des identités sociales et des discriminations dans le contexte hospitalier s'appuie sur une enquête de terrain conduite dans 4 établissements publics et privé de la région Ile-de-France entre mars 2009 et décembre 2010. Elle montre notamment que lorsqu'ils définissent leur professionnalisme, les soignants expriment leur attachement aux valeurs institutionnelles qui reflètent l'universalisme du soin (citoyenneté, égalité de traitement, neutralité du soignant). Les enquêtés partagent une conception « universaliste » de l'identité sociale de soignants tout en étant attentifs au respect des pratiques liées aux identités culturelles ou religieuses des patients.

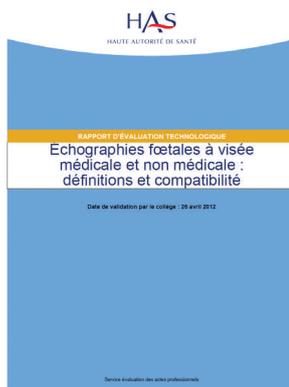
Jurisprudences :

Cour de cassation, civ. 1^{ère}, 12 juin 2012, n° 11-18928 (Obligation d'information – preuve par tous moyens) – La Cour de cassation rappelle en l'espèce, dans un considérant très détaillé, qu'un médecin peut apporter la preuve de l'obligation d'informer son patient par tous moyens : *"la Cour d'appel a constaté qu'il résultait de l'expertise que Mme X avait déjà subi une intervention d'arthrodèse vertébrale par le même praticien le 17 février 2000 avec un résultat favorable, qu'elle était suivie par ce chirurgien depuis l'année 2000, que les douleurs lombaires étant réapparues en 2002, elle l'avait revu à cette époque puis à de très nombreuses reprises, avant que soit posée l'indication chirurgicale, face à la résistance de la symptomatologie au traitement médical et à la rééducation après trois années d'essai ; qu'elle a relevé en outre que chaque consultation était suivie d'une lettre de Monsieur Y adressée au médecin traitant, que le chirurgien avait prescrit une IRM lombaire réalisée le 4 janvier 2005 et que l'intervention n'avait été programmée qu'après une nouvelle consultation ; que c'est dès lors dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont estimé que les nombreuses consultations qui avaient précédé l'intervention critiquée démontraient le soin que Monsieur Y avait pris pour analyser avec Madame X, en lien avec son médecin traitant, l'ensemble des éléments de nature à fonder un choix éclairé, établissant qu'elle avait reçu toute l'information nécessaire sur l'objectif, les conséquences et les risques prévisibles (...)"*.

Conseil constitutionnel, décision n° 2012-260 QPC du 28 juin 2012 (Mariage - curatelle - autorisation) - Le Conseil constitutionnel a été amené à examiner la question de la conformité avec la Constitution de l'art. 460 du code civil, en ce qu'il subordonne le mariage d'une personne sous curatelle à l'autorisation du curateur ou à défaut celle du juge. Le Conseil déclare cet article conforme à la Constitution en considérant que le législateur n'a pas privé la liberté du mariage de garanties légales et que les restrictions dont il a accompagné son exercice, afin de protéger les intérêts de la personne, n'ont pas porté à cette liberté une atteinte disproportionnée.

ORGANISATION DES SOINS

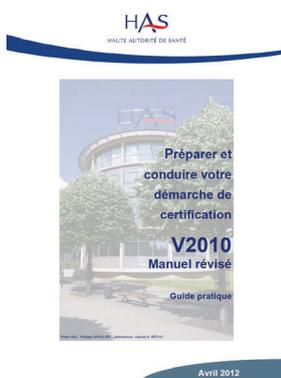
Communiqué de l'Académie nationale de médecine sur la prescription des médicaments chez la personne âgée - L'Académie nationale de médecine formule, à l'attention des pouvoirs publics et des institutions concernées, certaines recommandations, notamment que la spécificité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée donne lieu à des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) de toutes les professions de santé. Elle fait, par ailleurs, des recommandations aux différents prescripteurs, par exemple, de veiller à la mise en œuvre effective d'une communication et d'un partage d'information sur les médicaments lors des points dits de transition, c'est-à-dire à l'admission en établissement de soins, lors des transferts entre services hospitaliers ou lors de la sortie vers le domicile ou vers un autre mode de prise en charge.



Haute autorité de santé (HAS), [Rapport d'évaluation technologique relatif aux échographies fœtales à visée médicale et non médicale](#), avril 2012 - Ce rapport fait suite à une saisine du Premier ministre du 2 janvier 2012 afin que la HAS apporte en particulier sa contribution sur la définition de l'échographie en tant qu'acte médical et sa compatibilité avec les pratiques commerciales constatées. Le travail de la Haute autorité s'est concentré sur 4 axes : les pratiques de l'échographie fœtale à visée médicale et/ou sans visée médicale par des professionnels médicaux (médecins, sages-femmes) ; pratiques de l'échographie fœtale sans visée médicale par des opérateurs non médicaux ; aspects juridiques et réglementaires ; réflexions et débats sur les pratiques de l'échographie fœtale lorsqu'elle est utilisée à des fins de visualisation d'images sans utilité diagnostique ou de dépistage.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Fiches pratiques de la DAJ : « [Les coopérations](#) » - Ces fiches ont pour objet de vous permettre de mieux appréhender les outils de coopérations (conventions de coopération ; GCS de moyens ; GCS établissement de santé). Est également disponible un tableau comparatif de ces trois modes de coopération.



Guide de la Haute autorité de santé (HAS), « [Préparer et conduire votre démarche certification V2010](#) », avril 2012 - Ce guide a pour objectif d'accompagner les établissements de santé dans le déroulement de leur procédure de certification version 2010. Il précise à travers les fiches qui le composent les différentes étapes à suivre : de l'engagement dans la démarche aux modalités de suivi en passant par la visite.



Guide de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), « [Piloter et manager les projets au sein du pôle](#) », avril 2012 - L'ANAP met à disposition des chefs de pôle et de leurs équipes ce guide consacré au pilotage opérationnel des projets au sein des pôles. Il a pour objectif de donner des clés théoriques mais également des outils pratiques pour réussir la mise en œuvre des projets de pôle et manager les équipes. Ce document est enrichi par des retours d'expérience, puisés dans les établissements ayant participé en 2010-2011 au dispositif « 100 pôles d'excellence ».

[Communiqué](#) de l'Académie nationale de médecine relatif à l'évolution actuelle du fonctionnement des hôpitaux publics – Par ce communiqué, l'Académie nationale de médecine souhaite faire connaître son inquiétude devant « la tentative d'effacement d'une structure essentielle, le Service Hospitalier », en conséquence des réformes du fonctionnement de l'hôpital opérées par l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009. Parmi les recommandations qu'elle formule pour « améliorer la qualité des soins et redonner confiance aux malades et aux personnels soignants », l'Académie propose de « reconnaître clairement l'existence du Service hospitalier et confirmer les responsabilités du Chef de Service notamment vis-à-vis des personnels non médicaux » et de « redonner aux corps médical une part de responsabilité dans la gestion des hôpitaux en appliquant notamment la délégation de gestion prévue dans la loi. »

[Guide méthodologique](#) sur la production d'informations et la facturation des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), juin 2012 - Ce guide, applicable à partir du 1er mars 2012 est l'annexe II de l'arrêté du 20 décembre 2011 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté « PMSI MCO »).

[Arrêté du 12 juin 2012](#) portant modification de l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique – Cet arrêté modifie les modalités de définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, des sages-femmes libérales et des orthophonistes libéraux.

[Circulaire interministérielle DGCS/5C/DGFIP/CL1B/DGCL/FL3 n° 2012-173 du 19 avril 2012](#) relative à la mise à jour du plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux au 1er janvier 2012 – Cette circulaire vient notamment préciser les évolutions introduites par l'[arrêté du 22 décembre 2011](#) relatif au plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux (EPSMS). Ces évolutions ont deux objectifs principaux : d'une part, identifier dans les comptes de produits la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport en accueil de jour, et d'autre part, identifier les charges entrant dans la composition du tarif global des EHPAD afin d'estimer au mieux les différences de coûts entre tarif global et tarif partiel dans ces établissements.

[Instruction n° 12-013-M21 du 23 mai 2012](#) relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt des établissements publics de santé – Cette instruction a pour objet de diffuser la [circulaire interministérielle du 9 mai 2012](#) relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (EPS).

[Circulaire n° DGS/RI2/2012/222 du 01 juin 2012](#) relative au financement des consultations de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le VIH - Cette circulaire vient rappeler les dispositions applicables pour la fixation des budgets des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) de l'infection par le VIH hospitalières et non hospitalières. Dans le cadre d'une enquête sur leur fonctionnement, figure en annexe un questionnaire sur les CDAG et/ou les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST).

[Réponse écrite du Ministre de l'intérieur](#), de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration à une question parlementaire concernant les conditions dans lesquelles les ambulances transportant les blessés ou malades dans des situations d'urgence peuvent déroger aux règles du Code de la route relatives aux vitesses maximales autorisées et au franchissement des feux de signalisation, publiée le 22 mai 2012, n° 95492 (Ambulances – Urgence – Réglementation – Code de la route) - [Le Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration a récemment répondu à une question d'un parlementaire concernant la réglementation des ambulances de transport sanitaire en situation d'urgence et sur la possibilité pour le conducteur de dépasser les limitations de vitesse ou de franchir au ralenti un feu rouge, sous réserve d'agir avec prudence.](#)

En application de l'article R. 311-1 du Code de la route, les ambulances de transport sanitaire entrent dans la catégorie des « véhicules d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage ». Ces véhicules sont alors rattachés au régime dérogatoire des articles R. 432-2 et R. 432-3 du Code de la route, lorsqu'ils sont en situation d'urgence. Ce régime dérogatoire s'applique aux dispositions du Code de la route relatives aux limitations de vitesse, à la circulation dans des voies réservées, à l'usage des avertisseurs et à la circulation sur autoroute et route express. Néanmoins, il ne concerne pas le respect des feux de signalisation, auquel les ambulances sont tenues. En revanche, lorsque les ambulances agissent à la demande du service d'aide médicale d'urgence, elles disposent des mêmes prérogatives que les « véhicules d'intérêt général prioritaires ». Elles peuvent dans ces circonstances déroger à l'ensemble des prescriptions relatives aux règles de circulation édictées par le Code de la route, lorsque l'urgence de leur mission le justifie, conformément aux dispositions de l'article R. 432-1 du même code. Il n'est pour l'instant pas prévu d'y inclure les ambulances exerçant dans le cadre normal de leurs activités afin de tenir compte de la nécessité de définir limitativement les véhicules d'intérêt général prioritaires autorisés à déroger à toutes les règles de circulation.

Jurisprudence :

[Conseil constitutionnel, décision n° 2012-256 QPC du 18 juin 2012](#) (Régime de prescription des créances sur les personnes publiques) – Le Conseil constitutionnel considère que le régime de prescription des créances publiques issu de la loi de 31 décembre 1968 est conforme à la constitution, en estimant notamment qu'aucune exigence constitutionnelle n'impose que les créances sur les personnes publiques soient soumises aux mêmes règles que les créances civiles.

PERSONNEL

[Arrêté du 8 juin 2012](#) modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins – Les modifications portent notamment sur la composition des commissions nationales instituées dans le cadre de la procédure de qualification des médecins ainsi que sur les pièces justificatives présentées à l'appui de la demande de reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecins délivrés aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne, de la Confédération suisse et des Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

[Circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012](#) relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière – A la suite de la rénovation du régime indemnitaire des personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière avec l'instauration de la prime de fonctions et de résultats (PFR), cette circulaire en définit les modalités de mise en œuvre pour les personnels des corps de direction exerçant dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Elle s'accompagne de différentes annexes précisant notamment le barème des plafonds indemnitaires de la PFR et les modalités de détermination de la part liée aux résultats attribués au titre de la PFR.

[Circulaire n° DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012](#) relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 - Cette circulaire vient rappeler les principes généraux applicables dans le cadre de l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé publics et privés et les mesures qui peuvent faire l'objet d'un financement au titre du fonds d'intervention régional, entré en vigueur le 1er mars 2012, ainsi que de préciser le rôle des différents acteurs concernés.

[Avis](#) relatif à l'établissement au titre de l'année 2013 des listes d'aptitude prévues par le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Jurisprudences :

[Conseil d'Etat, QPC, 25 juin 2012, n° 358108](#) (Médecine du travail – QPC – Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011) - Par cette décision, le Conseil d'Etat a rejeté une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) concernant la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 réformant l'organisation de la médecine du travail. Il confirme que les médecins des services de santé au travail (SST) interentreprises exercent leurs missions en toute indépendance et conclut ainsi à l'absence de différence de traitement entre salariés, qu'ils relèvent d'un SST autonome ou interentreprises. En l'espèce, des syndicats ont déposé en mars dernier deux recours contre le décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail. Pour rappel, les deux principaux décrets d'application de la loi du 20 juillet 2011 relatifs à l'organisation de la médecine du travail et aux SST entrent en vigueur le 1er juillet 2012. La Haute juridiction administrative rejette donc la QPC au motif que « *le principe de l'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son art s'impose également dans le cadre des services de santé au travail interentreprises, nonobstant l'absence de mention expresse à l'article L. 4622-8* » du Code du travail. Elle relève également que « *l'article L. 4623-8 du code du travail, introduit dans ce code par la même loi du 20 juillet 2011, rappelle d'ailleurs que, quelle que soit la nature du service de santé au travail concerné, le médecin du travail assure ses missions dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi* ».

[Cour administrative d'appel de Douai, 5 juin 2012, n° 11DA00446](#) (Personnel médical – Heures supplémentaires) - Un chirurgien exerçant au sein d'un centre hospitalier demande le paiement d'heures supplémentaires réalisées entre 2004 et 2007 ainsi que la condamnation de cet établissement public de santé à des dommages et intérêts. En première instance, le tribunal administratif d'Amiens a rejeté sa demande. La Cour administrative d'appel de Douai le déboute au motif qu'il ne rapporte pas « *la preuve de la réalité et du quantum des heures de travail additionnel réalisées* ». Elle rejette également le centre hospitalier sur son appel incident tendant au remboursement de traitements indument perçus par le chirurgien dans la mesure où le centre hospitalier ne rapporte pas la preuve de ce qu'il allègue. La Cour rappelle ainsi au centre hospitalier qu'« *il ne produit pas les tableaux de service nominatifs mensuels dont la tenue est imposées par l'article R. 6152-26 du Code de la santé publique* ».

[Cour administrative d'appel de Bordeaux, 10 avril 2012, n°11BX01558](#) (Agression d'un supérieur hiérarchique - Sanction - Conseil de discipline) - Bien que les faits concernent un fonctionnaire territorial, cette décision est intéressante : un agent public a exercé à l'encontre de son supérieur hiérarchique des violences physiques pour lesquelles son employeur l'a révoqué.

Par un avis du 13 novembre 2008, le conseil de discipline de recours de la région Aquitaine a proposé de substituer à la sanction de révocation prise à l'encontre de Monsieur X celle de l'exclusion temporaire de fonctions pour une durée de quatre mois. L'employeur de Monsieur X a donc saisi le Tribunal administratif de Bordeaux afin de demander l'annulation de cet avis. Le Tribunal a rejeté cette demande.

La Cour administrative d'appel de Bordeaux annule le jugement du Tribunal administratif ainsi que l'avis du conseil de discipline et considère que "*les violences physiques exercées par un agent public sur son supérieur hiérarchique, dans l'exercice de ses fonctions, justifient l'application d'une sanction disciplinaire ; que, même si l'agression commise le 3 avril 2008 par Monsieur X sur son supérieur hiérarchique constitue un fait isolé dans la carrière de celui-ci et serait exempte de préméditation, sa durée et son extrême violence, ainsi que ses conséquences sur sa victime, lui confèrent une particulière gravité ; que les allégations de Monsieur X selon lesquelles il aurait été poussé à cet acte de violence par des provocations répétées de sa victime ne sont établies par aucune pièce du dossier ; qu'en considérant que l'on ne pouvait exclure un lien avec l'état dépressif de l'intéressé, et un mauvais climat relationnel et professionnel, le conseil de discipline de recours de la région Aquitaine s'est fondé sur des circonstances purement hypothétiques ; que, dans ces conditions, la sanction de l'exclusion de fonction pour une durée de quatre mois est entachée d'une disproportion manifeste au regard de la gravité des faits commis*".

[Conseil d'Etat, 4 avril 2012, n°341190](#) (Accident de service - Interruption du trajet entre le domicile et le lieu de travail) - Mme A, adjoint administratif principal de 2ème classe au centre hospitalier B a fait une chute le 19 octobre 2004 alors que, se rendant à son travail, elle s'est arrêtée pour acheter son déjeuner dans un commerce d'alimentation. Elle a demandé à bénéficier d'une allocation temporaire d'invalidité. Par une lettre du 25 août 2008, confirmée sur recours gracieux le 2 février 2009, le directeur de la caisse des dépôts et consignations a estimé qu'elle ne remplissait pas les conditions pour obtenir cet avantage dès lors que l'accident, survenu à l'intérieur d'un magasin, ne présentait pas le caractère d'un accident de service. L'intéressée se pourvoit en cassation contre le jugement du 6 mai 2010 par lequel le Tribunal administratif de Besançon a rejeté son recours contre cette décision. La Cour de cassation rejoint l'analyse du Tribunal administratif de Besançon et conclut "*qu'un accident, survenu lors de l'interruption du trajet entre le domicile de l'agent et son lieu de travail, ne présente pas le caractère d'un accident de service et n'ouvre pas droit à l'allocation temporaire d'invalidité*".

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Arrêté du 18 juin 2012](#) fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation

Haut conseil de la santé publique (HCSP), [Rapport relatif au programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017](#), 25 mai 2012 - Le HCSP a été saisi par le Directeur général de la santé afin de faire part de ses observations sur le Programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017. Le rapport présente pour chacune des actions du Programme, l'analyse réalisée par le HCSP en fonction de plusieurs critères, pertinence, priorité, existence des outils et/ou des conditions de mise en œuvre. D'une manière générale, le HCSP a jugé ce plan de manière très positive tout en y apportant des remarques complémentaires. Le HCSP a également identifié des points additionnels qui mériteraient une réflexion, notamment relatifs aux modalités d'acquisition et de fourniture des vaccins à la population en dehors de situations exceptionnelles, et à la mise en œuvre et au financement d'études permettant de valider des stratégies vaccinales lorsque les données disponibles sont considérées comme insuffisantes.

[Arrêté du 12 juin 2012](#) fixant le contenu du répertoire des recherches biomédicales préalables à la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché disponible sur le site internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

[Décision du 16 mai 2012](#) modifiant la décision du 20 octobre 2010 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles

[Décision du 30 avril 2012](#) fixant une condition particulière de mise sur le marché, de distribution et d'importation des lits médicaux pour adultes équipés de barrières et des barrières destinées à équiper des lits médicaux pour adultes, destinés à une mise en service en France

Jurisprudences :

[Tribunal administratif de Montreuil, 14 juin 2012, n° 1009924](#) (Donneur de gamètes – Préservation de l'anonymat – CECOS) - Par ce jugement, le Tribunal administratif de Montreuil considère que les informations contenues dans le dossier d'un donneur de gamètes utilisés lors d'une assistance médicale à la procréation constituent un secret protégé par la loi. Il rejette ainsi la requête d'une jeune femme demandant l'accès à des documents concernant le don de sperme grâce auquel elle a été conçue et le donneur concerné. En l'espèce, par des décisions en date des 25 juillet 2010, un Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) d'un établissement public de santé ont implicitement rejeté les demandes d'une jeune femme tendant à la communication de documents et d'informations concernant le donneur de gamètes à l'origine de sa conception. La requérante sollicitait notamment la communication du nom du donneur de gamètes à l'origine de sa conception, des données non identifiantes relatives au donneur, comme son âge, son éventuel décès, sa situation professionnelle et familiale au moment du don, sa description physique, les motivations de son don ainsi que des données non identifiantes de natures médicales telles que ses antécédents médicaux personnels et familiaux.

Le Tribunal administratif de Montreuil a rejeté la requête de la requérante en décidant qu'il n'y avait pas lieu à statuer sur la demande d'annulation des décisions. Il rappelle en effet les dispositions de l'article 2 de la loi n°78-753 du 11 juillet 1978 relatives à la communication de documents administratifs aux personnes qui en font la demande, et notamment que « *ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs (...) dont la communication*

porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ». Le tribunal fait également mention de l'article 16-8 du code civil, qui dispose qu'« aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci ». Par ailleurs, « il ne peut être dérogé à [la] règle [de l'anonymat], dans certaines conditions, qu'au profit des autorités sanitaires, des praticiens agréés pour les activités cliniques d'assistance médicale à la procréation et des médecins dans l'intérêt thérapeutique de l'enfant ainsi conçu ».

Le tribunal considère ainsi que la requérante ne fait pas partie « des personnes et autorités auxquelles la loi réserve strictement l'accès à certaines données concernant les donneurs de gamètes ». Pour rappel, lors de l'examen du projet de loi sur la bioéthique, la question de la levée de l'anonymat des donneurs de gamètes avait été au centre des débats parlementaires. Cette loi a été promulguée le 8 juillet 2011 en conservant le principe d'anonymat.

Cour administrative d'appel de Paris, 10 mai 2012, n°10PA05827 (INSERM – Cellule embryonnaire – Recherche – Protocole – Autorisation – Agence de la biomédecine) - Par décision du 20 juin 2008, l'Agence de la biomédecine a autorisé la mise en œuvre d'un protocole de recherche sur les cellules embryonnaires, déposé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), ayant pour finalité la modélisation de la dystrophie musculaire facio-scapulo-humérale (FHS) par l'utilisation de cellules souches embryonnaires humaines porteuses de la mutation. Une fondation a alors demandé aux ministres de la recherche et de la santé de suspendre la réalisation de ce protocole et de retirer cette autorisation, considérant qu'il existait des protocoles de recherches alternatifs d'efficacité comparable n'incluant pas des cellules souches embryonnaires. Le tribunal administratif de Paris a rejeté sa demande et la fondation a fait appel de ce jugement. La Cour administrative d'appel de Paris a accueilli la demande au motif que l'Agence de biomédecine ne pouvait se borner « à opposer l'absence de consensus scientifique sur le caractère substituable des deux techniques ». Elle a également ajouté que cette dernière aurait dû « établir qu'il n'existait pas, à la date de la décision attaquée, une méthode alternative à celle retenue dans le protocole litigieux permettant de poursuivre avec une efficacité comparable l'objectif du projet de recherche en cause ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE



Rapport d'activité 2011 de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) - Ce rapport d'activité retrace l'activité de l'ONIAM et des commissions régionales et interrégionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affectations iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), pour l'ensemble de l'année 2011. L'analyse de l'activité des CRCI montre que ces commissions administratives sont de plus en plus sollicitées, avec une hausse du nombre de dossiers évaluée à près de 4%. La partie relative à l'ONIAM présente à la fois les activités métiers – indemnisation et contentieux – et l'activité administrative et financière de l'établissement. Enfin en annexe est présentée l'évaluation de la mise en œuvre du référentiel d'indemnisation des accidents médicaux pour les années 2009, 2010 et 2011.

Jurisprudences

[Cour de cassation, 4 mai 2012, n°11-17.022](#) (Diagnostic - Evénement naturel - Absence de faute) - En l'espèce, Mme R. a donné naissance, le 15 septembre 1992, à un garçon, extrait par césarienne pratiquée en urgence au cours de laquelle une rupture utérine était constatée. L'enfant, souffrant de tétraparésie en raison de l'anoxie périnatale est décédé le 28 novembre 2003. Ses parents et frères ont recherché la responsabilité du praticien ayant pratiqué l'accouchement ainsi que celle de l'établissement de santé pour faute de diagnostic. La Cour d'appel de Paris a, le 25 février 2011, rejeté leur demande.

La Cour de cassation exclut toute faute de diagnostic en considérant que *"l'anoxie de l'enfant avait eu pour seule cause la rupture utérine de Mme R. à la phase terminale de son travail, (...) il s'agissait d'un accident gravissime et parfaitement imprévisible et que la situation dans laquelle s'était trouvée (le praticien) était une situation exceptionnelle et dramatique, (la cour d'appel) a relevé, au regard du contexte de la grossesse et de l'accouchement, que la décision de procéder à une césarienne ne pouvait pas être prise avant le moment où la bradycardie était survenue ; qu'elle a, par ces seuls motifs, d'où il résultait que la rupture utérine était impossible à diagnostiquer et à éviter, ce qui excluait toute faute de diagnostic, justifié sa décision"*.

A noter que ces faits étaient antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[Cour de cassation, 5 avril 2012, n°11-14.856](#) (Décision parentale relative à la poursuite d'une grossesse - Perte de chance) - Mme X a donné naissance le 12 juin 1998 à un enfant qui présentait des malformations des mains, du pied gauche et une absence de pied droit, en relation avec une maladie des brides amniotiques. Mme X et M. Y, le père de l'enfant, ont recherché la responsabilité du praticien qui avait réalisé, au cours de la grossesse, les trois échographies des 3ème, 5ème et 7ème mois. Leur demande a été rejetée par la cour d'appel de Nancy le 1er février 2011. La Cour d'appel avait retenu que *"si Monsieur Z, en mentionnant sur son compte-rendu la présence de quatre membres, ce qu'il n'avait pu observer, a commis une faute, il n'est pas démontré, compte tenu des explications de l'expert, que si l'absence de pied droit avait été constatée, et que la maladie des brides amniotiques avait été diagnostiquée, une interruption de grossesse pour raison médicale aurait été autorisée, et ce alors que la pathologie dont est atteint l'enfant n'est pas évolutive dans le sens d'une aggravation mais celle d'une amélioration par interventions chirurgicales, traitements et appareillages, ni que Mme X et M. Y auraient décidé de recourir à une interruption de grossesse pour motif médical"*.

La Cour de cassation, au regard de l'article 1147 du Code civil et de l'article L. 162-12 du Code de la santé publique alors applicables, casse et annule l'arrêt du 1er février 2011 et considère que le praticien, en privant les intéressés de la possibilité de faire examiner le dossier par un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire, a fait perdre aux parents toute chance de prendre, avec l'équipe de ce centre, une décision éclairée.

[Tribunal administratif de Paris, 31 mai 2012, n°1117129-6](#) (Tentative de suicide - surveillance - Hospitalisation sous contrainte - Responsabilité) - Melle N, alors âgée de dix huit ans, est admise au sein d'un service des urgences d'un CHU, le 26 décembre 2001, en raison de son comportement considéré comme à risque. Un neuroleptique sédatif lui est administré afin de limiter ses possibles débordements. Une fois les effets du sédatif dissipés, elle est examinée par le psychiatre de garde qui décide de l'hospitaliser en psychiatrie sous contrainte. Dans l'attente de son transfert vers un hôpital habilité à recevoir des patients sous contrainte, la patiente est attachée sur un brancard, en face du bureau de consultation de psychiatrie. Elle est rattrapée une première fois par le personnel après avoir réussi à se détacher. Elle réussit à se détacher une seconde fois, malgré son maintien sur un brancard par des contentions. Son absence est constatée vers 21 heures. Elle est retrouvée environ 10 minutes plus tard au pied du bâtiment situé du côté opposé au service des urgences d'où elle a chuté du 2ème ou 3ème étage. Elle est conduite dans le service de réanimation et prise en charge pour un poly trauma-

tisme. Entre décembre 2001 et octobre 2004, Melle N a subi de nombreuses interventions chirurgicales et séances de rééducation et conserve des séquelles de sa chute. Melle N souhaite engager la responsabilité du CHU estimant que les moyens mis en œuvre par le CHU au moment de sa prise en charge ont été insuffisants et n'ont pas permis de prévenir sa tentative de suicide. Le Tribunal administratif de Paris rejette sa requête considérant que *"dans l'attente de son transfert, Melle N a été placée sur un brancard, avec des contentions, sous la surveillance du personnel soignant ; que si l'expert souligne qu'il est regrettable qu'elle n'ait pas pu être placée dans un local fermé, compte tenu du caractère et des moyens du service, aucun défaut de surveillance susceptible d'engager la responsabilité du CHU ne peut être retenu"*.

Cour administrative d'appel de Marseille, 12 mars 2012, n° 09MA03160 (Urgences psychiatriques – Responsabilité hospitalière – Suicide – Absence de surveillance renforcée) - En l'espèce, un patient est admis aux urgences psychiatriques dépendant d'un établissement public de santé sur prescription de son médecin psychiatre en raison d'un épisode dépressif sévère accompagné de tendances suicidaires nécessitant une prise en charge avec des rondes fréquentes et un hébergement en chambre double. Il s'est suicidé deux jours plus tard dans sa chambre d'hôpital par pendaison en utilisant la sangle du sac contenant ses affaires. En première instance, le tribunal administratif a rejeté la demande des ayants droit tendant à la condamnation du centre hospitalier à des dommages et intérêts en réparation du préjudice moral subi. Toutefois, la Cour administrative d'appel a fait droit à la requête en relevant que *« faute de conclure, dans le deux jours qui ont suivi son admission, à une amélioration notable et durable de l'état du malade, celui-ci appelait des mesures particulières de surveillance destinées à empêcher toute nouvelle tentative de suicide »*. Elle considère que *« dans ces circonstances et quel que soit le motif de déplacement de son voisin de chambre, le fait d'avoir laissé à la disposition de ce patient son sac de sport pourvu d'une sangle dans une chambre elle-même pourvue d'une bar de rideau et (...) laissé seul [le patient] (...) sans mise en place de mesures de vigilance et de surveillance spécifiques alors que son état psychique pouvait laisser présager (...) un passage à l'acte, révèlent une faute dans le fonctionnement du service public hospitalier »*.

FRAIS DE SÉJOUR

Cour de cassation, 10 mai 2012, n°11-13969 et n°10-28767 (Contrôle de l'assurance maladie - frais de séjour - prestations indûment versées - condamnation) - A la suite d'un contrôle des conditions d'hospitalisation de patients portant sur deux années civiles (1997 et 1998), une caisse primaire d'assurance maladie réclamait à une clinique et 4 médecins actionnaires au sein de cet établissement d'hospitalisation privée le remboursement des frais de séjour de 230 patients, soit un montant de 730 000 euros.

Dans un premier temps, la caisse avait porté plainte pour escroquerie mais la procédure n'avait pas aboutie (un non-lieu avait été rendu en 2006). Le Tribunal des affaires de sécurité sociale d'Avignon avait condamné en 2009 les médecins à rembourser cette somme (mais pas la clinique). Le 11 janvier 2011, la Cour d'appel de Nîmes a infirmé ce jugement et condamné la clinique ainsi que les 4 médecins concernés à rembourser cette somme.

La Cour de cassation suit les juges d'appel qui avaient conclu que la caisse primaire d'assurance maladie était fondée à obtenir *"la répétition de la totalité des frais de séjour non médicalement justifiés"* en relevant que *"les médecins, actionnaires de la clinique, avaient des patients hospitalisés au sein de celle-ci en nombre trois à quatre fois plus important que ceux des autres psychiatres tant au niveau national que départemental ; que, lors des admissions, la durée de prise en charge hospitalière prévue n'était pas variable mais toujours constante et fixée à quatorze journées ; que les dossiers médicaux des patients hospitalisés ne permettaient ni l'identification des médecins ni la justification médicale de l'ensemble du séjour ni de son évolution et de son aboutissement à travers une réflexion médicalisée sur la décision de sortie et ne comportaient pas de documents médicaux relatifs aux prestations facturées"*.

INFORMATIQUE



Charte de Bonnes Pratiques
pour les
Systèmes d'Information de Santé

- Version 19 Juin 2012 -

Fédération hospitalière de France (FHF), [Charte de bonnes pratiques pour les systèmes d'information de santé](#), juin 2012 – Cette charte, résultant des travaux menés en concertation entre des industriels spécialisés en système d'information et la FHF vise à améliorer le déploiement des systèmes d'information dans le champ de la santé et du médico-social notamment en matière d'interopérabilité des systèmes d'information.

MARCHÉS PUBLICS

[Instruction n° 12-012-M0 du 30 mai 2012](#) marchés publics – sous-traitance – Cette instruction apporte différentes précisions concernant la mise en œuvre de la sous-traitance par le titulaire d'un marché principal. Une partie est notamment consacrée aux responsabilités et au contentieux dans le cadre de la relation triangulaire entre pouvoir adjudicateur, titulaire du marché principal, sous-traitant.



Guide de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), « [Rédiger un marché de conception-réalisation. Démarches et pratiques organisationnelles](#) », juin 2012 – Ce guide, destiné aux décideurs des secteurs sanitaire et médicosocial, a pour objectif de faciliter la rédaction des marchés de conception-réalisation et de conception-réalisation-maintenance. Elaboré avec un groupe de travail composé de représentants de quatre établissements hospitaliers pratiquant régulièrement cette procédure et d'un groupement de prestataires, ce document est composé d'une note juridique rappelant les principales sources du droit inhérentes à la procédure de conception-réalisation puis de fiches thématiques reprenant les principales clauses d'un marché de travaux avec ses enjeux et ses préconisations.

PUBLICATIONS AP-HP

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

