

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 au 31 juillet 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

| | |
|-----------------------------|-------------------------|
| Patient hospitalisé | page 2 |
| Personnel | page 6 |
| Organisation hospitalière | page 9 |
| Responsabilité hospitalière | page 11 |
| Réglementation sanitaire | page 12 |
| Droits de la famille | page 13 |
| Frais de séjour | page 14 |
| Sécurité sanitaire | page 14 |
| Publications | page 15 |

**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**

Adélie SALEMBIEN

Audrey VOLPE



[Colloque « la mort à l'hôpital – Un enjeu pour toute la société »](#) - Ce colloque se tiendra le 24 octobre 2012 à l'auditorium de l'HEGP- Cette journée sera placée sous le patronage de l'Académie Nationale de Médecine et de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.

PATIENT HOSPITALISÉ

CADA – Accès aux documents administratifs

[Guide AP-HP « Liberté d'accès aux documents administratifs et activité hospitalière »](#) - Juillet 2012 - Ce guide a pour objet de préciser les conditions d'accès à différents documents détenus par l'administration hospitalière et par ses personnels dans l'exercice de leurs fonctions. La première partie de ce guide est consacré au rôle et aux missions de la CADA, à la définition des documents dits administratifs, ainsi qu'aux modalités pratiques d'accès à ces documents administratifs.

La seconde partie de ce guide recense un certain nombre de type de document administratif détenu par l'administration hospitalière, en précise leurs communicabilités le tout illustré de nombreux avis émis par la CADA.



Enfants – Adolescents – Prise en charge – Etablissement de santé

[Guide HAS « Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé Certification V2010 »](#) - Décembre 2011 - Ce guide de la HAS s'adresse aux experts visiteurs mais également à tous les établissements de santé prenant en charge des enfants et des adolescents. Il a pour objet d'identifier des éléments de qualité spécifiques d'une prise en charge des enfants et des adolescents et de sensibiliser et d'attirer l'attention des professionnels et des experts-visiteurs sur les spécificités de cette prise en charge, ceci en lien avec les critères du manuel de certification. Quinze thématiques sont traitées par ce guide dont l'accueil de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage - la formation des professionnels - l'information et la recherche de consentement - la coordination et la continuité des soins - la scolarisation - la prise en charge de la douleur ou encore la mort de l'enfant.

Fin de vie - Droits des malades - Soins palliatifs

[Lettre de mission](#) du Président de la république à Monsieur Didier SICARD - Fin de vie - 17 juillet 2012 – Le Président de la république a missionné Monsieur Didier SICARD d'une évaluation de l'application de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dans le cadre d'une réflexion sur la fin de vie. Le président de la république, dans sa lettre de mission écrit qu' « *en effet, de plus en plus de personnes sont accompagnées pendant de longues périodes dans des conditions complexes. Les familles ne sont plus toujours en capacité d'assister leur proche. Ainsi, 60 % de nos concitoyens décèdent dans un établissement de santé. Enfin les soins palliatifs, s'ils se sont développés, restent encore très insuffisants.* »

[Proposition de loi " visant à mieux prendre en compte les demandes des malades en fin de vie exprimant une volonté de mourir "](#) - 20 juillet 2012 – Le Sénateur Gaëtan GORCE propose de compléter l'article L.1110-5 du Code de la santé publique afin d'y introduire la possibilité de saisir une commission ad hoc dans les situations où « *un malade ou un médecin se trouvera à laquelle il ne pourrait, par lui-même, trouver une réponse adaptée, soit d'un point de vue strictement médical, soit d'un point de vue légal, face à une demande d'accompagnement à la mort réitérée par le malade* » - Cette commission composée de médecins, de psychologues et de juristes praticiens et de représentants de la société civile, aurait pour mission de donner un avis éthique médical et juridique sur la situation d'une personne en phase avancée et non terminale d'une affection grave et incurable, qui exprime le souhait d'une mort médicalement assistée. Cet avis de la commission devra permettre « *de caractériser la maladie, en particulier sa gravité, de constater l'absence de traitement susceptible de permettre une guérison ou une amélioration sensible ; de s'assurer de la conscience du malade et du caractère volontaire et réitéré de sa demande ; et d'indiquer s'il existe, ou non, une issue légale à celle-ci.* » Cet avis qui sera inscrit au dossier médical du patient permettra au juge, en cas de contestation de la légalité de l'acte, de vérifier si le praticien a agi en « état de nécessité ».

Associations – Représentants des usagers – Agrément national

[Arrêté du 6 juillet 2012](#) portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique – Cet arrêté vient préciser les associations ayant obtenu un agrément ou un renouvellement d'agrément au niveau national pour représenter les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, pour une période de cinq ans.

Jurisprudences :

Suicide d'un détenu - Troubles psychiques – Responsabilité

[Cour européenne des droits de l'homme \(CEDH\), 19 juillet 2012, n°38447/09](#) - La CEDH a rendu une décision très intéressante s'agissant du suicide d'un détenu atteint de troubles psychiques. En l'espèce, Monsieur X fut incarcéré le 10 juin 1998 à la maison d'arrêt de la santé en application d'un mandat de dépôt du chef de violences avec arme ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours en état de récidive légale sur la personne de sa concubine. Dès le 18 juin de la même année, il fut examiné par le médecin de garde qui releva sa polytoxicomanie et recommanda une rencontre avec le psychiatre de la prison. Dès lors, il put bénéficier d'un suivi par un psychiatre du service médico-psychologique régional (SMPR) ainsi que d'un suivi par des médecins de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (Ucsa).

Le 8 janvier 1999, le détenu fit l'objet d'une sanction de dix jours de placement en cellule disciplinaire au cours de laquelle il fit deux tentatives de suicide par pendaison. Le 20 mai 1999, il fit l'objet d'une nouvelle sanction de quinze jours en cellule disciplinaire. Quatre jours plus tard, il fut retrouvé pendu dans sa cellule.

Les sœurs du détenu attaquent l'Etat français pour violation des articles 2 (protection du droit à la vie) et 3 (interdiction des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention européenne des droits de l'homme se plaignant que toutes les mesures adéquates pour protéger la vie de leur frère n'auraient pas été prises et qu'il aurait subi une sanction disciplinaire inadaptée à son état psychologique.

La CEDH condamne la France pour violation de l'article 2 de la CEDH en estimant que les autorités ont manqué à leur obligation positive de protéger le droit à la vie du détenu et rappelle que cet article "*astreint un Etat non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction*" ; en l'espèce, "*la décision de placement en cellule disciplinaire n'a été précédée ou accompagnée d'aucun avis particulier au service médical compétent et aucune consigne d'observation spéciale n'a été donnée pour s'assurer de sa compatibilité avec l'état de santé mentale de*" Monsieur X. A cet égard, la Cour s'interroge sur l'attitude des médecins de garde de l'Ucsa qui ont constaté le mal être du détenu dans les jours précédents son suicide, sans en informer leurs collègues du SMPR ni solliciter en urgence un psychiatre extérieur.

La Cour condamne également l'Etat français pour violation de l'article 3 de la CEDH en considérant que "*le placement en cellule disciplinaire de Monsieur X pendant quinze jours n'était pas compatible avec le niveau de traitement exigé à l'égard d'une personne atteinte de troubles mentaux. Cette sanction a constitué un traitement et une peine inhumains et dégradants*".

Commission d'accès aux documents administratifs – Dossier médical – Communication – Ayants droit – Conditions – Circonstances

[CADA, avis du 7 juin 2012, n° 20122050](#) - Par cet avis, la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) rappelle qu'en application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations médicales concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit dans la mesure où elles leurs sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par le défunt de son vivant. La CADA considère que par ces dispositions la volonté du législateur était clairement de restreindre la dérogation au secret médical du défunt aux seules personnes qui peuvent se prévaloir de la qualité d'ayant droit, à l'exclusion de toute autre catégorie de tiers comme la famille ou les proches. Par conséquent, les membres de la famille ou les proches peuvent obtenir communication du dossier médical d'un patient décédé seulement dans le cas où ils rapportent la preuve de la qualité d'ayant droit. Il en est ainsi tant des successeurs légaux du défunt que ses légataires universels ou à titre universels.

En l'espèce, la CADA relève que le demandeur n'est désigné par l'acte de notoriété constatant la dévolution de la succession de la défunte que comme l'un de ses légataires particuliers, conformément aux termes de son dernier testament. Elle remarque toutefois qu'il aurait, à défaut d'un tel testament, la qualité légale de successeur, et que sa demande tend précisément à contester la validité de ce testament afin de faire valoir ses droits éventuels en cette qualité. Dans ces conditions, la CADA émet un avis favorable à la communication des informations médicales relatives à l'état de santé de la patiente à la date de l'établissement de son testament au motif qu'il présente la qualité d'ayant droit de manière suffisamment précise.

Avocat – Levée du secret professionnel – Secret médical

[Cour de cassation, première chambre civile, 28 juin 2012, n° 11-14486](#) - La Cour de cassation estime que la levée du secret professionnel justifiée par les exigences de la défense de l'avocat ne s'étend pas aux documents couverts par le secret médical. Dans les faits, un ancien client engage une action en responsabilité contre son avocat, lui faisant grief d'avoir refusé de restituer les pièces dont il était le dépositaire, une fois déchargé de l'affaire qui lui avait été confiée.

Le requérant attribuait les troubles psychologiques dont il disait souffrir à la faute qu'il imputait à son avocat et sollicitait ainsi réparation d'un préjudice moral. Pour sa défense, l'avocat a produit un certificat médical de ce client, tiré d'un autre dossier, lequel attestait l'antériorité de ces troubles. La Cour d'appel écarte ce certificat médical des débats et précise que « *cette production ne saurait être justifiée par les strictes exigences de sa propre défense* ». L'avocat se pourvoit alors en cassation.

Néanmoins, la Haute juridiction administrative rejette ce pourvoi au motif que « *si l'avocat est délié du secret professionnel auquel il est normalement tenu, lorsque les strictes exigences de sa propre défense en justice le justifient, ce fait justificatif ne s'étend pas aux documents couverts par le secret médical qui ont été remis à l'avocat par la personne concernée et qui ne peuvent être produits en justice qu'avec l'accord de celle-ci* ».

PERSONNEL

Directeurs généraux - CHU - CHR - Procédure d'évaluation - Complément de rémunération - performance

[Circulaire n°DGOS/RH4/2012/279 du 13 juillet 2012](#) relative à la procédure d'évaluation pour l'année 2012 et aux conditions de mise en œuvre du versement du complément de rémunération lié à la performance pour les directeurs généraux des centres hospitaliers régionaux ou universitaires - Cette circulaire rappelle, en ce qui concerne les emplois de directeurs généraux de centre hospitalier régional ou universitaire (CHR – CHU) la procédure d'évaluation spécifique à ces emplois et les conditions de mise en œuvre du versement du complément de rémunération lié à la performance.

Personnel de direction - Directeur d'hôpital - Directeurs des soins - Prime de fonctions et de résultats

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), la [circulaire DGOS-DGCS du 19 juin 2012](#) définit les modalités de mise en œuvre pour les personnels des corps de direction exerçant dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Ces deux notes diffusées par le Centre national de gestion (CNG) exposent ce nouveau dispositif pour les Directeurs d'hôpital et les Directeurs des soins.

[Note d'information n°CNG/DGD/UDH/2012/281 du 16 juillet 2012](#) relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2012

[Note d'information n°CNG/DGD/UDH/2012/282 du 16 juillet 2012](#) relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des personnels des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2012

Sages-femmes – Déontologie - Suivi gynécologique de prévention – Loi HPST

[Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012](#) portant modification du code de déontologie des sages-femmes – La loi HPST du 21 juillet 2009 a élargi le champ de compétence des sages-femmes dans le domaine de la prévention et de suivi gynécologique. Ce décret vient modifier les dispositions réglementaires du Code de la santé publique relatives à la déontologie des sages-femmes qui s'applique désormais également aux étudiants sages-femmes. Il est précisé les actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie que la sage-femme est autorisée à pratiquer. Ce texte précise que la sage-femme doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses dossiers médicaux et de tout autre document, quel qu'en soit le support, qu'elle peut détenir ou transmettre concernant ses patientes. La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu.

Sages-femmes - Assistance médicale à la procréation (AMP) - Evaluation des activités du centre d'AMP

[Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012](#) relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation – La loi bioéthique du 7 juillet 2011 a autorisé le concours des sages-femmes aux activités d'assistance médicale à la procréation. Ce décret vient donc préciser les conditions d'exercice des sages-femmes quant aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon au sein des centres d'assistance médicale à la procréation implantés dans les établissements de santé publics ou privés autorisés à pratiquer ces activités.

Pharmacien – Dispensation – Contraceptifs oraux – Ordonnance – Renouvellement

[Décret n° 2012-883 du 17 juillet 2012](#) relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien – L'article L. 5125-23-1 du Code de la santé publique prévoit que dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

S'agissant des contraceptifs oraux, lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée, le pharmacien peut dispenser les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement. Il doit s'assurer que le contraceptif oral n'a pas été inscrit sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en vue de l'exclure du dispositif. Le décret précise que cette dispensation ne peut intervenir que lorsque la totalité des contraceptifs prescrits a été délivrée et que la dispensation supplémentaire ne doit pas excéder au total six mois. Le décret autorise également le pharmacien à délivrer les contraceptifs oraux faisant l'objet d'un renouvellement par une infirmière.

Etudiants - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute - Instituts de formation en ergothérapie – Grade de licence

[Décret n° 2012-907 du 23 juillet 2012](#) modifiant l'annexe du décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique – Ce décret a pour objet d'introduire à l'annexe du décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010, le diplôme d'Etat d'ergothérapeute, ce qui a pour objet de permettre aux titulaires de ce diplôme de se voir délivrer le grade de licence aux étudiants ayant débuté leurs études à compter du mois de septembre 2011.

Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste - Formation

[Arrêté du 23 juillet 2012](#) relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste – Cet arrêté vient préciser les missions et le fonctionnement des écoles d'infirmiers anesthésistes, les conditions générales d'admission ainsi que les modalités d'attribution du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

Handicap - Travailleurs handicapés - Capacité de travail - Adaptation du poste de travail - Reconnaissance de la lourdeur du handicap - Formulaire

L'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) est en charge de l'intégralité de la procédure de reconnaissance de la lourdeur du handicap. Cette procédure a pour but de mesurer l'incidence du handicap sur la capacité de travail de la personne handicapée après un aménagement optimal de son poste de travail.

Le décret n°2012-896 du 19 juillet 2012 modifie le code du travail pour y remplacer les références au représentant de l'Etat (directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) par une référence au délégué régional de l'AGEFIPH.

L'arrêté du 19 juillet fixe le modèle de formulaire de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap.

[Décret n° 2012-896 du 19 juillet 2012](#) relatif à la reconnaissance de la lourdeur du handicap

[Arrêté du 19 juillet 2012](#) relatif au modèle de formulaire de demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap

Jurisprudences :

Dénonciation mensongère - mauvais traitement - faute grave

[Cour de cassation, 6 juin 2012, n°10-28.199](#) - En l'espèce, la Cour de cassation retient qu'une dénonciation mensongère d'une salariée, s'insérant dans une campagne de calomnie, et qui procède d'une volonté de nuire à des membres du personnel d'encadrement, constitue une faute grave rendant impossible le maintien de la salariée dans l'entreprise.

Elle relève également que « *le fait de sanctionner différemment des salariés ne constitue pas en soi une discrimination au sens de la loi, dès lors que le salarié n'invoque ni détournement de pouvoir ni discrimination au sens de l'article L. 1132-1 du code du travail* ».

Les faits étaient les suivants : Madame X employée en qualité d'éducatrice spécialisée en internat avait été licenciée pour faute grave par lettre en date du 5 septembre 2008 pour avoir porté des accusations de maltraitance non fondées à l'encontre de responsables d'un centre éducatif et manipulé des jeunes pour crédibiliser ces accusations.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Agence Régionale de Santé - Rapport annuel - Recomposition hospitalière

[Instruction n° DGOS/PF3/2012/285 du 17 juillet 2012](#) relative à l'élaboration du rapport 2012 du Gouvernement au Parlement sur les efforts engagés par les agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière – L'article 17 de la loi n°2011-940 du 10 août 2011 prévoit que le gouvernement doit remettre annuellement au parlement un rapport relatifs aux « *efforts engagés par les agences régionales de santé (ARS) en matière de recomposition de l'offre hospitalière* ». Ce rapport doit comporter un bilan détaillé de la mise en œuvre du dispositif des groupements de coopération sanitaire (GCS) ; un état par région des coopérations qui ont pu être mises en œuvre ; un état par région des regroupements réalisés entre services ou entre établissements ; un état par région des reconversions de lits vers le secteur médico-social.

Cette instruction propose la maquette et le calendrier pour l'état des lieux régional sur lequel le rapport devra s'appuyer.

MIGAC – Dotations régionales de financement

[Arrêté du 18 juillet 2012](#) modifiant l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – L'annexe de cet arrêté fixe les montants régionaux des dotations annuelles de financement et des dotations affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

ONDAM - Convergence tarifaire

[Rapport IGAS " propositions pour la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017" - Juin 2012](#)



RAPPORT

PROPOSITIONS POUR LA MAÎTRISE DE L'ONDAM
2013-2017

Établi par

| | |
|--|---|
| VINCENT LIDSKY Inspecteur général des finances | Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales |
| PIERRE EMANUEL THIARD Inspecteur des finances | DOMINIQUE GIORGI |
| MARYVONNE LE BRUGNONEN Inspecteur des finances | HUBERT GARRIGUE-GUYONNAUD |
| JÉRÔME THOMAS Inspecteur des finances | MARINE JEANTET |
| MATTHIEU OLIVIER Inspecteur adjoint des finances | VIRGINIE GAYRE |
| avec le concours des assistants de vérification QUENTIN JEANTET | JEANNE D'AVENEL |

- JUIN 2012 -



Viellissement de la population - Activité hospitalière

[Etude de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(ATIH\)](#) « vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 - Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus » – L'ATIH a mené sur la période de quatre ans une étude reposant sur l'exploitation des données PMSI à la fois des établissements antérieurement sous dotation globale (ex DG) et des établissements anciennement sous objectifs quantifiés nationaux (ex OQN). Cette étude a pour objet de présenter l'évolution de l'activité des établissements de santé en lien avec le vieillissement de la population.

IGAS - Etablissements de santé - coopérations - Regroupement - Fusion

[Rapport IGAS "fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?"](#) - Mai 2012 – L'IGAS a mené une mission relative aux fusions et regroupements hospitaliers des établissements publics de santé (EPS) ayant une activité de court-séjour : médecine, chirurgie et/ou obstétrique (MCO). L'IGAS définit dans son rapport la fusion comme étant « *la réunion dans une même entité juridique de plusieurs structures antérieurement autonomes. Avec les fermetures ou les conversions de services, les regroupements d'entités sur site unique, les coopérations entre établissements, les fusions participent du vaste mouvement de restructurations hospitalières par lequel les établissements de santé s'adaptent aux évolutions de leur environnement, et notamment à la demande qui leur est faite aujourd'hui d'améliorer leur efficacité tout en participant à la réduction de la part des hospitalisations complètes dans l'organisation du système de santé.* »

L'IGAS constate que « *sur le plan financier, la fusion n'est en général pas l'outil le plus pertinent pour réduire les déficits hospitaliers, qui supposent surtout, pour les établissements concernés, un effort de réorganisation interne pour réduire leurs dépenses.* » La mission IGAS établit dans son rapport 29 recommandations classées sous les items suivants : Les fusions dans la politique des restructurations hospitalières - Définir des principes de bonne restructuration des services de médecine, d'obstétrique et de chirurgie - Recommandations de bonnes pratiques pour les établissements parties prenantes d'une fusion.

Fusions et regroupements hospitaliers :
quel bilan pour les 15 dernières années?



RAPPORT

Établi par

Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON
Pierre-Yves SOUQUET, Jean-Louis BONNET
Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Mars 2012 -

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

Jurisprudences

Responsabilité médicale – Intervention – Indemnisation – Préjudice hypothétique

[Cour de cassation, première chambre civile, 28 juin 2012, n° 11-19265](#) - Par cette décision, la Cour de cassation considère que l'impossibilité psychologique dans laquelle se trouve une patiente d'engager sereinement des soins médicaux, particulièrement s'ils nécessitent une intervention chirurgicale, est purement hypothétique au motif que rien ne permet d'inaugurer de l'attitude de cette dernière si elle devait dans le futur subir une intervention chirurgicale. Elle estime ainsi que la réticence d'une personne de subir des soins médicaux à l'avenir, issue d'une erreur médicale traumatisante, n'est qu'une simple éventualité et non un préjudice certain et indemnisable.

En l'espèce, une patiente, victime d'une erreur médicale a obtenu la condamnation de son chirurgien à lui verser la somme de 5 400 € au titre du préjudice né d'une perte de chance de guérison et de 3 000 € en réparation du préjudice extra patrimonial permanent exceptionnel qu'elle déclare avoir subi. La Cour d'appel relevait notamment que ce préjudice était lié au caractère exceptionnel des circonstances dans lesquelles la faute a été commise, la patiente étant ressortie de la clinique où elle devait recevoir des soins non seulement sans les avoir reçus, mais dans un état aggravé par une erreur quant à la partie du corps à opérer. Or, la Cour de cassation casse partiellement la décision de la Cour d'appel en rappelant que le préjudice hypothétique ne donnait pas lieu à réparation.

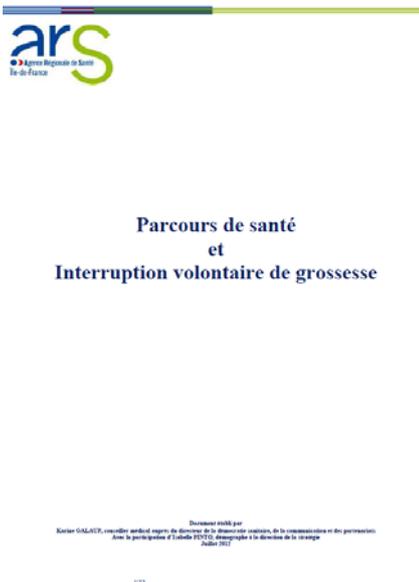
HIV – Transfusion sanguine – Contamination conjoint – ONIAM – Indemnisation

[Cour de cassation, deuxième chambre civile, 28 juin 2012, n° 11-21287](#) - Mme Y a été contaminé par le VIH par son conjoint, lui-même devenu séropositif à la suite d'une transfusion sanguine. Celle-ci a demandé la réparation de son préjudice spécifique de contamination à l'ONIAM qui a rejeté sa demande. A la suite du refus formulé par l'ONIAM, Mme Y a formé un recours devant la cour d'appel de paris laquelle a condamné l'ONIAM à verser à la victime la somme de 180 000 euros au titre de l'indemnisation de son préjudice. L'office se pourvoit en cassation au motif que seules les victimes de préjudices résultant de contamination par le VIH peuvent être indemnisées au titre de la solidarité nationale. La cour de cassation rejette le pourvoi formé par l'ONIAM en considérant que la contamination transfusionnelle de Mr Y a permis la contamination par le VIH de son épouse. Ainsi les conditions prévues par le code de la santé publique permettant l'indemnisation des victimes sont remplies. D'autre part la haute juridiction a estimé que la potentielle faute commise par le conjoint ne peut exclure le droit à réparation de Mme X dès lors que « *l'indemnisation de la contamination par le VIH n'obéit qu'à l'unique condition que le préjudice soit causé directement par une transfusion* ».

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Interruptions volontaires de grossesse (IVG) – Période d'été

[Instruction n°DGOS/R3/DGS/MC1/2012/265 du 3 juillet 2012](#) relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été – Il est constaté que chaque année, au moment de la période d'été, apparaissent des difficultés d'accès aux IVG en raison de la fermeture de certains services hospitaliers et de l'afflux de population dans les zones touristiques. Cette instruction a pour objet de rappeler la nécessité de mettre en place, au plan régional, un dispositif garantissant, pour toute femme souhaitant y recourir, un accès à l'IVG.



Interruptions volontaires de grossesse (IVG) - Rapport ARS

[Rapport ARS « Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse »](#) - juillet 2012 – L'ARS dans son plan stratégique s'est notamment fixé comme objectif « *d'adapter les parcours de santé aux besoins des Franciliens en veillant à la qualité de ces parcours.* » Sur la thématique de l'interruption volontaire de grossesse, l'ARS a mené une réflexion sur la qualité du parcours de santé de la femme ayant recours à un tel acte. « *Le focus ayant été mis sur la lisibilité, l'accessibilité et la fluidité de ce parcours de santé ainsi que sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme dans les structures proposant des interruptions volontaires de grossesse.* »

Contraception d'urgence - Services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

[Décret n° 2012-910 du 24 juillet 2012](#) relatif à la délivrance de médicaments indiqués dans la contraception d'urgence dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé - Ce décret vient préciser les conditions de délivrance de ces médicaments. La contraception d'urgence est délivrée gratuitement dans les services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Cette délivrance doit être accompagnée de conseil de prévention. Dans le cas d'une délivrance à une mineure souhaitant garder le secret, le décret prévoit que les dispositions relatives à la transcription sur un registre ou à l'enregistrement des informations figurant sur les ordonnances ne sont pas applicables à ces services.

Feuille de soins – Pharmacien – sage-femme

[Arrêté du 17 juillet 2012](#) fixant les modèles des formulaires « feuille de soins médecin », « feuille de soins pharmacien ou fournisseur » et « feuille de soins sage-femme »

Transfusion sanguine - Schéma d'organisation - IDF

[Arrêté du 24 juillet 2012](#) relatif au schéma d'organisation de la transfusion sanguine d'Ile-de-France – Le schéma d'organisation de la transfusion sanguine d'Ile-de-France entrera en vigueur le 1er août 2012. Il comprend les départements de la région Ile-de-France et le centre hospitalier de Gisors, dans le département de l'Eure, en Haute-Normandie. Sont annexées à ce décret les activités de l'Etablissement français du sang accompagnées de leur localisation ainsi que la liste des établissements de santé autorisés à gérer un dépôt de sang.

Infection nosocomiale – Etablissement de santé – Bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales

[Instruction n° DGOS/PF2/2012/286 du 16 juillet 2012](#) complétant la circulaire n°DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2011 et modifiant son annexe 4 – Cette instruction vient compléter la circulaire n° DGOS/PF2/2012/134 du 27 mars 2012. Elle présente les modalités de calculs des indicateurs issues des bilans standardisés des activités de lutte contre les infections nosocomiales 2011 dans les établissements de santé.

DROIT DE LA FAMILLE

Pupille de l'Etat – Autorité parentale – Déclaration judiciaire d'abandon

[Décision n° 2012-268 QPC du 27 juillet 2012](#) - Le Conseil constitutionnel a été saisi le 6 juin 2012 par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit du premier alinéa de l'article L. 224-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Le CASF fixe les conditions dans lesquelles certains enfants en situation d'abandon et recueillis par l'aide sociale à l'enfance sont admis en qualité de pupille de l'État. Ce statut permet notamment de préparer leur adoption. Cet article prévoit que « *l'arrêté du président du conseil général qui admet l'enfant en qualité de pupille de l'État peut, dans un délai de trente jours, faire l'objet d'un recours devant le tribunal de grande instance. Il donne le droit de former ce recours aux parents, en l'absence d'une déclaration judiciaire d'abandon ou d'un retrait total de l'autorité parentale, ainsi qu'aux alliés de l'enfant ou à toute personne justifiant d'un lien avec celui-ci et qui demandent à en assurer la charge.* » La requérante soutenait que l'absence de publication ou de notification de cet arrêté aux personnes ayant qualité pour agir, méconnaît le droit à un recours juridictionnel effectif. Le Conseil constitutionnel a fait droit à ce grief et jugé cette disposition contraire à la Constitution.

FRAIS DE SÉJOUR

Projet de loi de finances rectificative - AME – Délivrance des soins coûteux – Agrément préalable

[Projet de loi de finances rectificative \(PLFR\) pour 2012](#) – L'article 29 de ce projet de loi prévoit la suppression du droit d'entrée de 30 euros pour l'accès à l'aide médicale de l'Etat (AME) et de l'agrément préalable à la délivrance de soins coûteux et ce à compter du 4 juillet 2012. Il est également mis fin à partir du 31 décembre, au Fonds national de l'AME. Le texte a été adopté par l'assemblée nationale le 20 juillet dernier et le 27 juillet par le Sénat. Le texte doit ensuite être transmis à une commission mixte paritaire avant vote définitif le mardi 31 juillet par les deux assemblées.

SÉCURITÉ SANITAIRE

DASRI – dispositif de collecte de proximité spécifique - Officine de pharmacie- PUI – laboratoire de biologie médicale

[Circulaire interministérielle DGS/EA1/DGPR n°2012-215 du 4 juin 2012](#) relative à l'application des décrets n° 2010-1263 du 22 octobre 2010 et n°2011-763 du 28 juin 2011 – L'annexe 1 de cette circulaire présente le dispositif législatif et réglementaire relatif à la mise en place de la filière de « responsabilité élargie des producteurs (REP) » pour la gestion des DASRI perforants produits par les « patients en autotraitement » (PAT) – La circulaire rappelle que dans le «*cadre de ces dispositions, les exploitants de médicaments, les fabricants de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ou leurs mandataires mettent en place des dispositifs de collecte de proximité spécifiques des DASRI perforants produits par les PAT.* »

PUBLICATIONS AP-HP

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

