

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 septembre au 2 octobre 2013

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

SOMMAIRE

Patient Hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 3
Personnel	page 7
Organisation des soins	page 13
Coopération à l'hôpital et associations	page 14
Réglementation sanitaire	page 14
Responsabilité médicale	page 15
Marchés publics	page 15
Domaine public et privé	page 16
Sécurité sociale	page 17
Publications	page 18

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

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

PATIENT HOSPITALISÉ

Soins psychiatriques - Droits des personnes - Soins sans consentement – Consolidation des procédures - Contrôle du juge des libertés et de la détention - Certificats médicaux – Unités pour malades difficiles (UMD)

[Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013](#) modifiant certaines dispositions issues 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 – Suite à la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012, cette loi apporte plusieurs modifications aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins sans consentement. Le statut légal des Unités pour Malades Difficiles (UMD) est supprimé, et certaines précisions sont apportées sur le sort des personnes déclarées irresponsables pénalement.

[Les dispositions d'application immédiate](#) notables sont les suivantes. Les sorties de courte durée sont rétablies (48 heures maximum), avec la possibilité pour le Préfet, lors de soins à la demande du représentant de l'Etat (SDRE), de s'y opposer par écrit. En outre, l'avis motivé faisant suite à la période initiale de 72 heures est supprimé : le certificat médical de 72 heures fera donc désormais l'objet d'une motivation particulière. Par ailleurs, pour tous les modes de prise en charge, le certificat de huitaine est supprimé, tout comme l'avis conjoint des deux psychiatres de l'établissement d'accueil avant la saisine du Juge des Libertés et de la Détention dans le cas d'une hospitalisation complète. Enfin, la décision de maintien des soins sous contrainte rédigée à l'issue de la période d'observation initiale de 72 heures est désormais expressément prise pour une durée d'un mois.

[A compter du 1^{er} septembre 2014](#), les délais de saisine du JLD passeront de 15 jours à 12 jours à compter de la décision d'admission avec l'obligation d'adresser au JLD le dossier dans un délai de 8 jours à compter de la même décision. Pour la saisine du JLD à 6 mois, ce délai d'envoi du dossier est de 15 jours au moins avant l'expiration du délai de 6 mois (applicable dès le 1^{er} mars 2014). L'utilisation de la visioconférence est supprimée : le principe de l'audience à l'hôpital est retenu au sein d'une salle aménagée (le texte reconnaît la possibilité de rédiger des conventions entre établissements afin d'avoir une salle mutualisée). Si l'état du patient fait obstacle à son audition devant le JLD, il faut un « *avis médical motivé* » pour qu'il soit représenté par son avocat.

Pour aller + loin : [consultez un tableau](#) mettant en exergue les anciennes et nouvelles dispositions législatives relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissements de santé – Commission médicale d'établissement (CME) – Politique du médicament

[Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013](#) modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé – Ce décret vient modifier la partie réglementaire du Code de la santé publique relative à la commission médicale d'établissement (CME). [Les attributions générales](#) de la CME sont modifiées. Elle est notamment désormais consultée sur les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel (PGFP), son plan de redressement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, le CPOM, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que sur la gestion prévisionnelle des emplois.

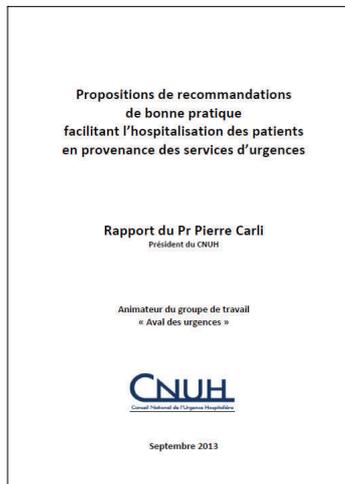
[La composition de la CME](#) est également modifiée : à compter du 22 mars 2014 (date d'entrée en vigueur de cette disposition) la CME comprendra en son sein des (et non plus un seul) représentants élus des sages-femmes si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique. La composition est également élargie aux étudiants hospitaliers. Autre nouveauté apportée par le texte, les représentants des internes seront désignés par le président du directoire et non plus par le DG de l'ARS. S'agissant du [président de la CME](#), le texte prévoit qu'en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

A noter également la désignation d'un [référént antibiothérapie](#) au sein des établissements de santé. Enfin, les articles 4 et 5 du décret simplifient les [procédures de fusion d'établissements](#). Les modalités de transfert des personnels des établissements fusionnés vers le nouvel établissement sont précisées et les procédures d'élaboration du règlement intérieur du futur établissement rénovées.

Etablissements publics de santé – Comité technique d'établissement (CTE)

[Décret n° 2013-842 du 20 septembre 2013](#) relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé - Ce décret élargit et renforce les attributions du comité technique d'établissement afin de favoriser une gouvernance équilibrée entre les instances locales de dialogue social que sont le comité technique d'établissement et la commission médicale d'établissement. Le décret prévoit à cet effet les matières sur lesquelles les deux instances seront consultées.

Pour aller + loin : [Un tableau](#) mettant en exergue les anciennes et nouvelles dispositions réglementaires relatives à la CME et au CTE est à votre disposition.



Services d'urgences – Hospitalisation – Bonnes pratiques

Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences, Pr Pierre CARLI – Septembre 2013 - Le Pr CARLI, Président du Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH) a présenté, le 30 septembre dernier lors d'un colloque organisé au ministère de la santé sur le thème « la mobilisation de l'hôpital pour les urgences », son rapport intitulé « propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences ».

Le Pr CARLI propose ainsi :

- La création d'une commission de l'admission et des soins non programmés. Cette commission « doit devenir une commission statutaire obligatoire de la CME. Son autorité opérationnelle doit être affirmée par la gouvernance de l'établissement. Elle doit disposer d'un tableau de bord lui permettant d'évaluer l'efficacité des mesures concernant l'aval des urgences ».
- De formaliser et rendre obligatoire à court terme le plan « hôpital en tension » en appui des mesures de gestion des lits, et inscrire cette mesure dans la certification de l'établissement.
- De développer des parcours de soins, notamment pour les patients adressés par un médecin généraliste, permettant d'accéder à des consultations spécialisées et à une hospitalisation à court terme sans passage au SAU.
- Inscrire la gestion de l'aval des urgences dans le contrat de pôle afin de favoriser l'intégration du service d'urgence et de ses principaux services d'aval dans un même pôle.
- De valoriser la participation à l'aval des urgences par des mesures d'intéressement directes ou indirectes (incitation financière).
- La création de lits polyvalents dans l'établissement : inciter à la création, au sein du pôle incluant le service d'urgence, d'une unité polyvalente affectée à l'évolution prévisible (saisonnière) de l'aval des urgences.
- D'inciter l'ensemble des établissements disposant d'un service d'urgence à s'engager dans une politique de gestion des lits (dispositif de « Bed Management » ou de gestion des lits).
- L'amélioration de l'accès au plateau technique.
- La fluidification de l'aval du MCO : inciter les services d'urgences et les services d'aval du pôle et de l'hôpital à développer des filières hors MCO, notamment dans le domaine de la gériatrie et de la psychiatrie.
- L'articulation territoriale de l'aval des urgences : identifier dans le territoire de santé les établissements MCO susceptibles de participer à l'hospitalisation de l'aval des SAU dans le cadre d'une articulation territoriale.
- L'implication de la communauté médicale : « la gouvernance de l'établissement doit être mobilisée et s'approprier la gestion de l'aval des urgences. La gestion des lits doit être inscrite dans le projet d'établissement. Un plan local décrivant la stratégie de l'établissement doit être rapidement formalisé. Au quotidien, en cas de restructuration des services, les capacités en lits de l'aval des urgences doivent faire l'objet d'une attention particulière ».
- La mise en place d'un tableau de bord permettant de suivre l'évolution de l'aval des urgences et l'effet des mesures mises en œuvre.

Régime général - Assurance maladie - Spécialité pharmaceutique - Bon usage des médicaments - Financement - Pilotage national

[Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013](#) relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale – En premier lieu, ce décret a pour objet d'améliorer le pilotage national du dispositif du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU) mis en œuvre depuis 2005. La durée du contrat est désormais fixée à cinq ans, et un modèle type sera établi par arrêté. En deuxième lieu, ce décret prévoit d'annexer au CBU les plans d'actions permettant de réguler les dépenses « *en sus* » et de mutualiser les contrôles effectués avec ceux mis en œuvre en matière de régulation dans les établissements hospitaliers par les ARS ou les services de l'assurance maladie. Les établissements de santé doivent se conformer aux dispositions de ce texte au plus tard le 1er janvier 2014.

Traitements - Produits de santé - Base de données administratives et scientifiques - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) - Contenu - Liste - Accessibilité - Durée

[Décret n° 2013-871 du 27 septembre 2013](#) relatif à la base de données administratives et scientifiques publique sur les traitements et le bon usage des produits de santé - La base de données administratives et scientifiques sur les traitements ainsi que sur le bon usage des produits de santé, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé, des usagers et des administrations compétentes en matière de produits de santé dont la création a été prévue par la loi "sera mise en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en liaison avec la Haute Autorité de santé et l'Union des caisses d'assurance maladie, sous l'égide du ministère chargé de la santé". Cette base sera "accessible, librement et gratuitement, sur le site internet du ministère chargé de la santé". Elle comprend notamment "des informations et des données relatives aux spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée en France [...] ou par l'Union européenne". Les données devront être actualisées "régulièrement". Le texte précise enfin la durée d'accessibilité des informations.



[Rapport « Stratégie nationale de santé – Feuille de route » - Septembre 2013](#) - Ce projet de feuille de route présenté par la Ministre de la santé, le 23 septembre 2013 conclut la première étape d'élaboration de la stratégie nationale de santé (SNS) et prépare sa mise en œuvre. La SNS a pour « *ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...)* ». La SNS s'appuie sur les analyses d'Alain Cordier et du « comité des sages ». Les grands axes de la stratégie nationale de santé sont les suivants : 1. Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé - 2. Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours - 3. Approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration.



Dépenses courantes de santé - Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) - reste à charge - Médicaments - Déremboursement - Prévention

Les comptes nationaux de la santé en 2012, Études et résultats n° 851 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - Septembre 2013 - Cette étude indique que "le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 243 milliards d'euros en 2012, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 183,6 milliards d'euros". En volume, la CSBM "a augmenté de 2,7 % en 2012, comme en 2011, tandis que son prix moyen recule légèrement pour la troisième année consécutive : - 0,4 % en 2012, après -0,2 % en 2011 et -0,3 % en 2010. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville". Par ailleurs, "en 2012 comme en 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires de 13,7 %. Quant au reste à charge des ménages, il est stable à 9,6 % depuis 2009".

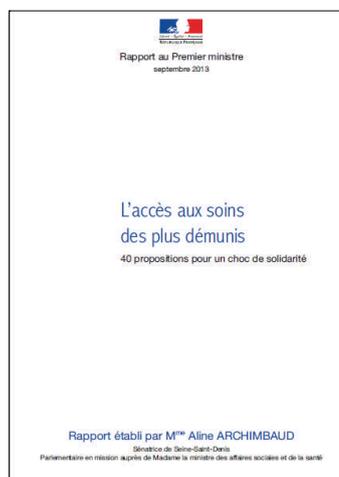
Agences régionales de santé (ARS) – Directeurs généraux – Commissions régionales paritaires – Composition – Représentants des personnels médicaux hospitaliers

Décret n° 2013-843 du 20 septembre 2013 relatif aux commissions régionales paritaires placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé – Ce décret vient modifier la composition et les compétences de la commission régionale paritaire des praticiens hospitaliers.

S'agissant de la composition, la représentation des personnels médicaux est assurée par dix représentants des praticiens hospitaliers et des personnels enseignants et hospitaliers, un représentant des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et des assistants des hôpitaux ainsi qu'un représentant des internes. La représentation des établissements de santé et de l'agence régionale de santé sera assurée par quatre représentants des directeurs d'établissements publics de santé, quatre représentants des présidents de commission médicale d'établissement des établissements publics de santé et quatre représentants de l'agence régionale de santé, dont le directeur général. S'agissant des compétences, des nouvelles missions sont confiées à cette commission : la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux ; les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé ; le suivi des demandes de dérogation au plafond de progression annuelle dans le cadre de la gestion des comptes épargne-temps ; le bilan régional du suivi de la réalisation du temps de travail additionnel ainsi que l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à la santé au travail et la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux, à la gestion du temps de travail médical et au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux.

Agences régionales de santé (ARS) — Commissions régionales paritaires – Composition – Fonctionnement

Arrêté du 20 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition, à l'organisation et au fonctionnement de la commission régionale paritaire.



Accès aux soins - Aide médicale d'Etat (AME) - Couverture maladie universelle (CMU) - Dépassement d'honoraires - Tiers payant intégral - Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - Coopérations - Refus de soins

Rapport au Premier ministre - L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité - Septembre 2013 - L'objet de la mission relative à l'accès aux soins des plus démunis et à la lutte contre le "*non-recours aux droits sociaux*" était "*d'identifier les freins existants et de proposer des solutions opérationnelles tout en portant une attention particulière à la réduction de la charge de travail des organismes et des acteurs chargés de l'ouverture et de la gestion de ces droits*". Le rapport décrit "*un parcours du combattant*" pour l'accès aux droits, et formule 40 propositions autour de sept objectifs : rendre effectif l'accès aux droits (simplifier et "*aller chercher les bénéficiaires un par un*"), ouvrir de nouveaux droits, lever les obstacles financiers, soutenir les structures tournées vers les populations fragiles, combattre et sanctionner le refus de soins, développer la culture de la prévention, et enfin, améliorer la gouvernance du système et favoriser l'innovation.

PERSONNEL

Infirmier responsable des soins généraux - Diplômes - Certificats - Titres - Etats membres de l'Union européenne - Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen

Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 10 juin 2004 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de l'Union européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique

Sage-femme - Diplômes - Certificats - Titres - Etats membres de l'Union européenne - Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen

Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de sage-femme délivrés par les Etats membres de l'Union européenne, les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse, visée à l'article L. 4151-5 (2°) du code de la santé publique

Pharmacien - Diplômes - Certificats - Titres - Etats membres de l'Union européenne - Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen

Arrêté du 10 septembre 2013 modifiant l'arrêté du 13 février 2007 fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres de pharmacien délivrés par les Etats membres de l'Union européenne, les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et la Confédération suisse visée à l'article L. 4221-4 (1°) du code de la santé publique

Odontologie - Chirurgien-dentaire - Reconnaissance des titres - Union européenne

[Arrêté du 10 septembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 13 juillet 2009 fixant la liste et les conditions de reconnaissance des titres de formation de praticien de l'art dentaire délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 3° de l'article L. 4141-3 du code de la santé publique

Médecin – Médecin spécialiste - Reconnaissance des titres - Union européenne

[Arrêté du 10 septembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 13 juillet 2009 fixant les listes et les conditions de reconnaissance des titres de formation de médecin et de médecin spécialiste délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen visées au 2° de l'article L. 4131-1 du code de la santé publique

Pharmacie hospitalière – Centre de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière – Directeur – Agrément

[Décret n° 2013-838 du 18 septembre 2013](#) relatif à l'agrément des directeurs des centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière - Ce décret a pour objet de mettre en place, à l'instar des dispositions prévues pour les professions paramédicales, un régime d'acceptation implicite des demandes d'agrément des directeurs des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière.

Pharmacie hospitalière – Centre de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière – Autorisation - Directeur – Agrément

[Décret n° 2013-839 du 18 septembre 2013](#) relatif à l'autorisation des centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière et à l'agrément de leur directeur – Ce décret prévoit que la création des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière est soumise à la délivrance d'une autorisation par le président du conseil régional, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé. Cette autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans aux établissements dont le projet répond à un certain nombre de critères permettant d'apprécier la qualité de la formation délivrée : qualification du directeur et des membres de l'équipe pédagogique, projet pédagogique, et adaptation des locaux et du matériel pédagogique au nombre d'étudiants. Les directeurs de ces centres doivent également être agréés.

Pharmacie hospitalière – Centre de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière – Autorisation - Directeur – Agrément

[Arrêté du 18 septembre 2013](#) relatif à l'autorisation des centres de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière et à l'agrément de leur directeur – Est annexée à cet arrêté la composition du dossier d'autorisation en vue de la création ou du renouvellement des centres de formation de préparateur en pharmacie hospitalière.

Personnels - Directeur des soins - Evaluation - Prime de fonctions

[Note d'information CNG/DGD/UDH/DS n° 2013-284 du 12 juillet 2013](#) relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats 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 2013 - Cette note porte sur les modalités d'application de l'évaluation de l'ensemble des membres du corps des directeurs de soins : rappel des autorités compétentes, périodicité et déroulement des entretiens, recours devant la commission administrative paritaire nationale, et présentation d'un bilan de la campagne d'évaluation et d'un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats. Cette note présente "cinq annexes : l'annexe I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe III aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe IV au support de l'évaluation et l'annexe V aux modèles de notification de la PFR".

Personnels - Directeur d'hôpital - Evaluation - Prime de fonctions

[Note d'information CNG/DGD/UDH/DS n° 2013-285 du 12 juillet 2013](#) 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 relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2013 - Cette note porte sur les modalités d'application de l'évaluation de l'ensemble des membres du corps des directeurs d'hôpital : rappel des autorités compétentes, périodicité et déroulement des entretiens, recours devant la commission administrative paritaire nationale, et présentation d'un bilan de la campagne d'évaluation et d'un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats. Cette note présente six annexes : l'annexe I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe III aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe IV au support de l'évaluation, l'annexe V aux modèles de notification de la PFR, et l'annexe VI présente des cas pratiques.

Personnels - Directeur d'établissement social et médico-social - Evaluation - Prime de fonctions

[Note d'information CNG/DGD/UD3S n° 2013-287 du 15 juillet 2013](#) relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats au titre de l'année 2013 des personnels de direction des établissements mentionnées à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la même loi, figurant sur l'arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 22 avril 2008, fixant la liste des établissements publics de santé dans lesquels les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux exercent leurs fonctions de directeur, ainsi que dans les établissements mentionnés aux 1° et 7° de la même loi en qualité de directeur adjoint - Cette note porte sur les modalités d'application de l'évaluation de l'ensemble des membres du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux : rappel des autorités compétentes, périodicité et déroulement des entretiens, recours devant la commission administrative paritaire nationale, et présentation d'un bilan de la campagne d'évaluation et d'un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats. Cette note présente « cinq annexes : l'annexe I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), l'annexe III aux questions les plus fréquemment posées, l'annexe IV au support de l'évaluation et l'annexe V aux modèles de notification de la part fonctions et de la part résultats de la prime de fonctions et de résultats ».

Droit syndical - Communication électronique - Entreprise - Restrictions - Constitutionnalité

Conseil constitutionnel, décision n° 2013-345 QPC du 27 septembre 2013 - Le Conseil constitutionnel était saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, portant sur l'article L. 2142-6 du code du travail, aux termes duquel *"un accord d'entreprise peut autoriser la mise à disposition des publications et tracts de nature syndicale, soit sur un site syndical mis en place sur l'intranet de l'entreprise, soit par diffusion sur la messagerie électronique de l'entreprise. Dans ce dernier cas, cette diffusion doit être compatible avec les exigences de bon fonctionnement du réseau informatique de l'entreprise et ne doit pas entraver l'accomplissement du travail"* ;

« L'accord d'entreprise définit les modalités de cette mise à disposition ou de ce mode de diffusion, en précisant notamment les conditions d'accès des organisations syndicales et les règles techniques visant à préserver la liberté de choix des salariés d'accepter ou de refuser un message" .

Le requérant estimait qu' *"en soumettant à l'accord de l'employeur le droit des syndicats à communiquer avec les salariés soit sur un site syndical mis en place sur l'intranet de l'entreprise, soit par diffusion sur la messagerie électronique de l'entreprise, ces dispositions portent une atteinte inconstitutionnelle à la liberté d'expression des syndicats"*.

Le Conseil constitutionnel indique *"qu'en renvoyant à un accord d'entreprise la définition des conditions dans lesquelles des publications et tracts de nature syndicale peuvent être mis à disposition soit sur un site syndical mis en place sur l'intranet de l'entreprise, soit par diffusion sur la messagerie électronique de l'entreprise, le législateur a entendu, dans le cadre de la mise en oeuvre du principe de participation énoncé au huitième alinéa du Préambule de 1946, permettre que les modalités de la communication syndicale par la voie électronique puissent être adaptées à chaque entreprise et, en particulier, à l'organisation du travail et à l'état du développement de ces moyens de communication"*. En outre, *"en prévoyant, d'une part, que la diffusion de l'information syndicale par la voie électronique doit être compatible avec les exigences de bon fonctionnement du réseau informatique de l'entreprise et ne doit pas entraver l'accomplissement du travail et, d'autre part, que les modalités de cette diffusion doivent préserver la liberté de choix des salariés d'accepter ou de refuser un message, le législateur a adopté des mesures pour assurer le respect des libertés tant de l'employeur que des salariés"*. Enfin, le Constitutionnel estime qu'en *"l'absence d'accord d'entreprise relatif à l'utilisation de l'intranet ou de la messagerie électronique de l'entreprise, les syndicats peuvent, outre l'application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 2142-3 du code du travail et de son article L. 2142-4, librement diffuser des publications et tracts sur les réseaux de communication au public en ligne ; que les salariés peuvent également librement y accéder sur ces réseaux ; qu'ils peuvent s'inscrire sur des listes de diffusion afin de recevoir par voie électronique les publications et tracts syndicaux ; que, dans ces conditions, la liberté de communication des syndicats n'est pas méconnue"*.

Dès lors, *"le législateur n'a pas opéré une conciliation manifestement déséquilibrée entre, d'une part, la liberté de communication des syndicats et, d'autre part, la liberté tant de l'employeur que des salariés"*. L'article L. 2142-6 du code du travail est déclaré conforme à la Constitution.

Agent non titulaire – Contrat à durée indéterminée (CDI) – Remplacement – Agent titulaire – Principe général du droit – Obligation de reclassement

Conseil d'Etat, avis du 25 septembre 2013, n° 365139 - Le Conseil d'Etat était saisi d'une demande d'avis, portant sur la possibilité pour l'administration de remplacer par un fonctionnaire un agent contractuel bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée et, par suite, de mettre fin à ses fonctions. Le cas échéant, l'administration aurait-elle l'obligation de reclasser l'agent dans un autre emploi, alors qu'un principe général du droit imposant une telle obligation n'a été reconnu jusqu'ici par la jurisprudence du Conseil d'Etat qu'en faveur de l'agent contractuel atteint d'une inaptitude physique l'empêchant de manière définitive d'occuper son emploi?

Le Conseil d'Etat rappelle en premier lieu qu'un *"agent contractuel ne peut tenir de son contrat le droit de conserver l'emploi pour lequel il a été recruté, lorsque l'autorité administrative entend affecter un fonctionnaire sur cet emploi. L'administration peut, pour ce motif, légalement écarter l'agent contractuel de cet emploi"*. Pour autant, le Conseil d'Etat énonce un nouveau principe général du droit, dont il résulte *"qu'il incombe à l'administration, avant de pouvoir prononcer le licenciement d'un agent contractuel recruté en vertu d'un contrat à durée indéterminée pour affecter un fonctionnaire sur l'emploi correspondant, de chercher à reclasser l'intéressé"*.

Dès lors, *"dans l'attente des décrets prévus par l'article 49 de la loi du 12 mars 2012, la mise en œuvre de ce principe implique que l'administration, lorsqu'elle entend pourvoir par un fonctionnaire l'emploi occupé par un agent contractuel titulaire d'un contrat à durée indéterminée, propose à cet agent un emploi de niveau équivalent ou, à défaut d'un tel emploi et si l'intéressé le demande, tout autre emploi. L'agent contractuel ne peut être licencié, sous réserve du respect des règles relatives au préavis et aux droits à indemnité qui résultent, pour les agents non titulaires de l'Etat, des dispositions des titres XI et XII du décret du 17 janvier 1986, que si le reclassement s'avère impossible, faute d'emploi vacant, ou si l'intéressé refuse la proposition qui lui est faite"*.

Personnel médical - Temps de travail - Règlement intérieur - Obligations de service - Continuité des soins - Trop perçus de rémunération - Régularisation – Justification – Tableaux de service

Tribunal administratif de Poitiers, 18 septembre 2013, n° 1201348 - M. X., praticien hospitalier exerçant en temps continu et à temps plein au sein du service des urgences du centre hospitalier intercommunal (CHI) Y., a réalisé, au cours des trois quadrimestres de 2011, *"respectivement 632,3 heures, 643 heures et 552 heures de travail effectif"*. Estimant que ses obligations de service s'élevaient à 666 heures, la direction lui a indiqué par courrier d'avril 2012, *"qu'il n'avait pas accompli son temps de travail à hauteur de 170,7 heures"*, le constituant *"redevable d'une somme de 5 420,28 euros"*. Le requérant demande l'annulation de cette décision, et du « Guide de gestion du temps de travail des médecins et pharmaciens » sur le fondement duquel elle a été prise.

Rendue le même jour que la décision rejetant les recours en annulation de sept praticiens de cet établissement, dont M. X., contre ce Guide, le Tribunal rejette sa demande aux fins d'annulation du Guide, sur les mêmes fondements.

Toutefois, le Tribunal retient *"qu'alors que M. X. soutient qu'aucun manquement ne lui est imputable au motif qu'il s'est conformé aux obligations définies par ces tableaux [de service], le CHI Y. se borne à produire des courriers adressés au requérant par lesquels il l'informait qu'il n'avait pas réalisé ses obligations de service au cours d'un quadrimestre donné et « l'invitait à régulariser sa situation » ; que, dans ces circonstances, le centre hospitalier n'établit pas que l'intéressé s'est soustrait aux obligations qui lui avaient été initialement fixées et qu'ainsi il pouvait opérer une retenue sur son traitement pour service non fait"*.

Le Tribunal prononce donc l'annulation de la décision d'avril 2012 par laquelle le directeur du centre hospitalier intercommunal Y. a informé M. X. qu'il était redevable d'un trop-perçu de salaires.

Personnel médical - Temps de travail - Règlement intérieur - Obligations de service - Continuité des soins - Trop perçus de rémunération - Régularisation

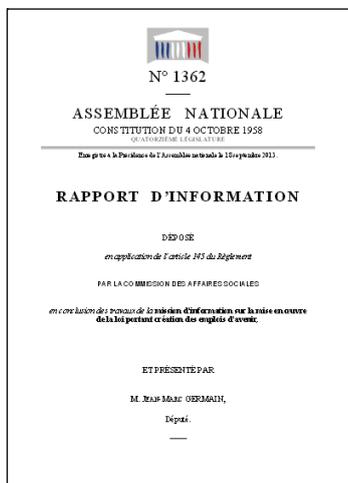
Tribunal administratif de Poitiers, 18 septembre 2013, n° 1102566, 1102567, 1102568, 1102569, 1102570, 1102571 et 1102572 – Sept praticiens hospitaliers du service des urgences du centre hospitalier intercommunal (CHI) X. ont formé un recours gracieux contre le « Guide de gestion du temps de travail des médecins et pharmaciens » élaboré par l'établissement. Ce dernier fixait à "48 heures hebdomadaires, soit 1 996,8 heures annuelles, les obligations de services des praticiens exerçant en temps continu et à temps plein", prévoyait ensuite "la régularisation des trop-perçus de temps de travail additionnel par prélèvement sur la première paye suivant la constatation, celle-ci étant opérée à l'issue du dernier quadrimestre de l'année", et organisait enfin "la régularisation des trop-perçus de rémunération du temps de travail théorique annuel par prélèvement sur la première paye suivant la constatation", lorsque le praticien ne souhaitait pas effectuer de vacances de rattrapage. Le directeur du CHI X. a rejeté ce recours. Les requérants ont alors saisi le Tribunal administratif d'un recours en annulation de cette décision et du Guide.

Le Tribunal estime en premier lieu que "le directeur du CHI X. a, en vertu des compétences qui lui sont dévolues [...] déterminé la durée du temps de travail et les modalités d'accomplissement des obligations de service des praticiens hospitaliers, afin d'assurer la continuité des soins".

En deuxième lieu, le Tribunal juge notamment que "le directeur du centre hospitalier n'était pas tenu de fixer les obligations hebdomadaires de service des requérants à un niveau inférieur à la durée maximale hebdomadaire du travail déterminée par la directive du 4 novembre 2003", et que "les requérants ne peuvent utilement soutenir que les dispositions litigieuses auraient pour effet de rompre avec l'organisation antérieure du temps de travail".

Concernant les modalités de régularisation annuelle des sommes versées aux titres de la rémunération principale, le Tribunal indique d'une part que "les agents n'ont droit à rémunération qu'après service fait et l'autorité administrative est tenue de faire procéder au reversement des éléments de rémunération qui leur ont été versés à tort ; que, par suite, et dès lors qu'il résulte de ce qui a été jugé plus haut que le directeur du CHI X. pouvait légalement fixer à 48 heures hebdomadaires les obligations de service des requérants, ceux-ci ne sont pas fondés à prétendre qu'aucun texte législatif ou réglementaire ne sanctionne le non-accomplissement par un praticien hospitalier d'un temps de travail de 48 heures". D'autre part, s'agissant des "indemnités de travail additionnel", les dispositions critiquées du Guide ajoutaient "qu'une régularisation intervient annuellement", cette régularisation n'étant "susceptible d'être opérée que pour une erreur de liquidation des indemnités de travail additionnel ; que, comme indiqué ci-dessus, une telle erreur n'est pas créatrice de droit et appelle une régularisation".

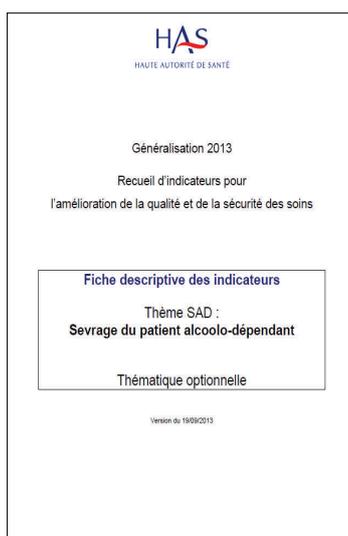
Le Tribunal rejette ainsi les requêtes des praticiens.



Emplois d'avenir - Financement - Employeur public - Reste à charge - Agences régionales de santé (ARS)

Ce rapport souligne que "les collectivités territoriales et les établissements publics locaux ont, aux termes de l'article L. 5424-2 du code du travail, la possibilité d'adhérer au régime général d'assurance chômage pour l'ensemble des leurs personnels non statutaire. D'après la DGEFP, le coût mensuel de la cotisation est de 96 euros par salarié à temps plein rémunéré au SMIC, soit 3 450 euros pour trois ans. En l'absence d'adhésion au régime d'assurance chômage, ces employeurs seraient amenés à verser les indemnités d'assurance chômage à leurs anciens salariés en emploi d'avenir à l'issue du contrat : le coût potentiel pour un employeur public qui aurait recruté un jeune à temps plein correspond à 930 euros par mois pendant une durée correspondant à la durée d'activité du jeune, plafonnée à vingt-quatre mois, soit 22 300 euros maximum pour un jeune ayant travaillé trois ans". A l'instar de la pratique de certaines agences régionales de santé, le rapport propose de mobiliser ces institutions de tutelle pour développer les emplois d'avenir au sein des hôpitaux.

ORGANISATION DES SOINS



Haute Autorité de santé (HAS) - Patient alcoolo-dépendant – Sevrage – Indicateurs

Recueil d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - « Sevrage du patient alcoolo-dépendant » - Septembre 2013 - La HAS publie six indicateurs de pratique clinique pour le sevrage du patient alcoolo-dépendant. La HAS précise que « la prise en charge du syndrome de sevrage, le plus souvent réalisée au cours d'une hospitalisation, représente la première étape du sevrage de l'alcool. Cette prise en charge, en fonction de la gravité (troubles somatiques, psychiatriques, situations d'exclusion sociale ou co-dépendances associées), peut être faite en ambulatoire ou en milieu institutionnel. Elle peut être réalisée dans un cadre spécialisé lorsque le sevrage est l'objectif de l'hospitalisation, cependant, elle est fréquemment effectuée au décours d'une hospitalisation pour un autre problème de santé. Le risque vital encouru par le patient lors de la prise en charge de ce syndrome de sevrage conduit à la nécessité d'avoir une qualité de la prise en charge irréprochable. Les indicateurs proposés pour évaluer la prise en charge du patient alcoolo-dépendant se basent sur les recommandations professionnelles existantes et ciblent les patients hospitalisés à risque de sevrage nécessitant une surveillance ».

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Groupement d'intérêt public – Personnels – Régime de droit public – Instances de représentation – Droit syndical – Dialogue social

[Circulaire du 17 septembre 2013](#) relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-292 du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public - Cette circulaire a pour objet de présenter les dispositions du décret du 5 avril 2013 relatif au régime de droit public applicable aux personnels des groupements d'intérêt public (GIP), les règles en matière de recrutement de leurs personnels, ainsi que leurs conditions d'emploi. Elle précise les dispositions relatives au dialogue social (II), aux conditions d'exercice du droit syndical (III), et aux interrogations relatives à l'hygiène, à la sécurité et à la prévention médicale (IV). Elle comporte deux annexes: une convention-type de mise à disposition d'un salarié de droit privé auprès d'un GIP, ainsi qu'une convention-type de partenariat et de mutualisation relative à la formation des agents d'un tel groupement.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

RAPPORT SUR LA SURVEILLANCE ET
LA PROMOTION DU BON USAGE
DU MÉDICAMENT EN FRANCE

Bernard Bégaud, Dominique CostagBols

[Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France](#) - Septembre 2013 - Ce rapport a été établi sur la base du "*travail mené dans le cadre d'une mission sur la "pharmacovigilance" confiée par la Ministre*" en charge de la santé, au mois de février 2013. Il souligne qu'aucune « *étude ou programme n'a depuis plus de 20 ans permis d'estimer la proportion ou le nombre des prescriptions non conformes et l'ampleur de leurs conséquences néfastes, tant au plan clinique, sanitaire et économique* ». Il serait « *préférable et plus efficace [...] d'agir sur deux leviers* » : la création d'une structure pour organiser et faciliter l'accès aux « *différentes sources de données en santé pertinentes en ce domaine* », et une « *meilleure formation et information des professionnels de santé et du grand public* ». A cette fin, la mission formule sept recommandations.

RESPONSABILITÉ

Responsabilité hospitalière - Expertise - Indépendance - Irrégularité de la procédure

Cour administrative d'appel de Paris, 13 mai 2013, n° 12PA00933 - M. X. est atteint de spondylarthrite ankylosante depuis 1994, et a été admis aux urgences du centre hospitalier Y. en 2007, après une chute accidentelle en arrière sur le crâne. Compte tenu de l'absence de complication neurologique et eu égard à la pathologie préexistante de l'intéressé, l'équipe médicale a choisi "*de ne pratiquer une intervention chirurgicale que le surlendemain [...] après consultation anesthésique préalable*". La veille de cette consultation préalable, M. X. a éprouvé des paresthésies des quatre membres, conduisant à une tétraplégie vers 5h du matin. Estimant "*la paraplégie dont il reste atteint imputable au retard affectant la réalisation de l'opération chirurgicale, M. X. a, après avoir obtenu la nomination d'un expert, saisi le centre hospitalier Y. d'une demande indemnitaire*". La Cour juge "*qu'il résulte de l'instruction que l'expert désigné par le juge des référés du Tribunal administratif [...] exerce une activité de médecin neurologue à la Fondation Z., où M. X. a été hospitalisé à compter du 29 octobre 2007, et a, ainsi que l'a relevé le tribunal, prodigué des soins à l'intéressé ; qu'ainsi, cet expert aurait dû se récuser en application des règles [...] qui découlent du principe de l'indépendance de la profession médicale ; que cette irrégularité, qui est susceptible d'avoir exercé une influence sur les conclusions expertales, a vicié l'ensemble des opérations d'expertise ; qu'il suit de là que le jugement attaqué, qui se fonde notamment sur le rapport établi par l'expert, a été rendu sur une procédure irrégulière et doit être annulé*".

MARCHÉS PUBLICS

Procédure restreinte – Candidats évincés – Information

Réponse écrite du 22 août 2013 du Ministère de l'économie et des finances, n° 05914 - A la question de savoir si l'information aux candidats non retenus « *doit nécessairement se dérouler en deux temps* » à l'issue d'une procédure restreinte, le Ministre de l'économie et des finances indique que "*À l'issue de la première phase (examen des candidatures), les candidats non retenus en sont informés (article 70-III 1° alinéa 2 du code des marchés publics). À l'issue de la seconde phase (attribution du marché après examen des offres), lorsque le candidat dont l'offre a été retenue produit les attestations et certificats mentionnés au I et II de l'article 46 du code des marchés publics, les candidats dont l'offre n'a pas été retenue sont informés du rejet de celle-ci (article 70-IX alinéa 2 du code des marchés publics). À ce stade, le pouvoir adjudicateur dispose de tous les éléments nécessaires à l'information des candidats évincés tels qu'imposée par l'article 80-I du code des marchés publics. Les candidats dont la candidature n'a pas été retenue (première phase) doivent être informés des motifs détaillés du rejet de leur candidature. Les candidats qui ont été admis à présenter une offre, mais dont l'offre n'a pas été retenue (deuxième phase), sont informés des motifs détaillés du rejet de leur offre, du nom de l'attributaire du marché et des motifs ayant conduit au choix de cette offre, ainsi que la durée du délai minimal que le pouvoir adjudicateur s'engage à respecter entre la notification de la lettre de rejet et la signature du marché*".

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Locaux d'habitation - Locaux à usage professionnel - Prix - mètre carré - Loi de 1948

[Décret n° 2013-863 du 26 septembre 2013](#) modifiant le décret n° 48-1881 du 10 décembre 1948 déterminant les prix de base au mètre carré des locaux d'habitation ou à usage professionnel - Ce décret majore les prix de base au mètre carré permettant de déterminer la valeur locative résultant du produit de la surface corrigée par le prix de base au mètre carré de chacune des catégories. La surface corrigée est obtenue en affectant la superficie des pièces habitables et celles des autres parties du logement de correctifs afin qu'il soit tenu compte, notamment, de la hauteur sous plafond, de l'éclairage, de l'ensoleillement et des vues de chacune des pièces habitables ainsi que des caractéristiques particulières des autres parties du local.

Urbanisme – Permis de construire, de démolir ou d'aménager - Contentieux – Recours

[Décret n° 2013-879 du 1er octobre 2013](#) relatif au contentieux de l'urbanisme – Ce décret vient modifier certaines des règles applicables au contentieux de l'urbanisme. Compétence est donnée aux tribunaux administratifs pour connaître en premier et dernier ressort, pendant une période de cinq ans, des contentieux portant sur les autorisations de construire des logements ou sur les permis d'aménager des lotissements, et ce dans les communes marquées par un déséquilibre entre l'offre et la demande de logements. Il permet également au juge de fixer une date limite au-delà de laquelle de nouveaux moyens ne pourront plus être soulevés par le requérant. Cette disposition s'applique aux recours introduits entre le 1er décembre 2013 et le 1er décembre 2018.

SÉCURITÉ SOCIALE



Cour des comptes – Sécurité sociale

[Rapport de la Cour des comptes « La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » - Septembre 2013](#) -

La Cour des comptes a rendu public, le 17 septembre 2013, un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Un chapitre du rapport de la Cour des comptes est consacré aux « *fragilités et le redressement financier des hôpitaux publics* ». La Cour des comptes constate en effet une nette amélioration en 2012 de la situation financière des hôpitaux publics. Ce redressement est en grande partie imputable, selon la Cour des comptes, à « *l'évolution des enregistrements comptables, concernant notamment les aides d'urgence octroyées en fin d'exercice (...) Les principaux facteurs de redressement apparaissent en effet de nature soit non-reconductibles, soit strictement comptables.* » La Cour indique que plusieurs modifications d'ordre comptable intervenues en 2012 ont eu également pour effet d'améliorer les résultats de cet exercice, comme le fait de demander aux établissements d'enregistrer au compte d'exploitation et non au bilan les aides exceptionnelles accordées en cas de difficultés de trésorerie.

La Cour des comptes formule 7 recommandations afin de poursuivre « *les efforts tendant à ramener sur une trajectoire positive l'ensemble des établissements* » : Recentrer le dispositif contractuel unissant les agences régionales de santé aux établissements sur les hôpitaux présentant les plus forts enjeux financiers ; Conditionner l'attribution d'aides exceptionnelles à l'exploitation à la réalisation d'efforts structurels ; Supprimer le fléchage par l'administration centrale des dotations relatives aux missions d'intérêt général (MIG) justifiées au premier euro et charger les ARS d'arrêter leur montant établissement par établissement en fonction de critères et dans la limite d'une enveloppe fixés nationalement ; Subordonner le passage d'un établissement en difficulté financière devant le comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) à une demande du directeur général d'ARS, qui doit être responsable, conjointement avec le chef d'établissement, de la mise en œuvre des recommandations du comité ; Définir la notion de résultat structurel par la marge brute, hors aides à l'investissement et aides exceptionnelles à l'exploitation ; Encourager la constitution de centres d'expertise interrégionaux notamment en matière de financements bancaires ; Rendre impérative l'adoption par les établissements en début d'année civile de l'état des prévisions des recettes et dépenses.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

