

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1^{er} au 15 avril 2016

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Fiches pratiques	page 2
Patient hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 4
Responsabilité médicale	page 6
Personnel	page 8
Psychiatrie	page 11
Organisation des soins	page 12
Pénal	page 13
Réglementation sanitaire	page 13
Publications	page 15

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Sabrina GARCIA

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

FICHES PRATIQUES

Assistance médicale à la procréation (AMP) - Gamètes - Tissus germinaux – Recherches biomédicales – Don

[Fiche pratique DAJ « Décret n° 2016-273 du 4 mars 2016 relatif à l'assistance médicale à la procréation »](#) - Ce [décret de 2016](#) pris en application de l'article 155 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé transpose en droit national les directives européennes relatives aux gamètes et aux tissus germinaux. Il introduit également des dispositions précisant le devenir des gamètes et des tissus germinaux recueillis ou prélevés dans le cadre d'une démarche d'assistance médicale à la procréation (AMP) ou d'une démarche de préservation de la fertilité lorsque la personne n'a plus de projet parental ou n'est plus en âge de procréer. Par ailleurs, le décret précise les conditions de mise en œuvre des recherches biomédicales en assistance médicale à la procréation. Enfin, il procède à un toilettage global des dispositions relatives au don de gamètes et à l'assistance médicale à la procréation, permettant d'assurer une meilleure lisibilité ou de mettre en cohérence ces dispositions.

Un tableau présentant les différentes modifications introduites par le décret est présenté par cette fiche pratique

PATIENT HOSPITALISÉ

Dossier médical – Communication – Donneur de gamètes

[Commission d'Accès aux Documents Administratifs, 3 mars 2016, n° 20155678](#) – Cet avis de la CADA recense les éléments du dossier du donneur de gamètes qui peuvent lui être communiqués, lorsqu'il en formule la demande. Sont notamment exclus du droit à communication les caractéristiques morphologiques détaillées du donneur, telles qu'elles ont été décrites médicalement et qui sont prises en comptes dans le choix du couple receveur au motif que ces caractéristiques permettent une identification au sens de l'article 16-8 du code civil, par rapprochement avec celles de couples ayant reçu des gamètes ou d'enfants nés de tels dons, mais aussi le nombre d'enfants issus du don de gamètes, la date des mises à disposition de paillettes de sperme et le nombre de paillettes mises à disposition et les numéros de paillettes. En revanche, sont notamment communicables : ses antécédents médicaux personnels et familiaux, les résultats des tests de dépistage, la date des dons de sperme et le nombre de paillettes conservées ou la date de la ponction d'ovocyte et le nombre d'ovocytes donnés, le consentement écrit du donneur, le cas échéant, l'attestation que le donneur s'est soumis à l'entretien prévu avec un psychiatre ou un psychologue et la mention d'une conservation d'une partie de ses gamètes en vue d'une réalisation ultérieure à son bénéfice d'une assistance médicale à la procréation.

Droits des malades - Consentement aux soins - Fin de vie - Directives anticipées - Modèle - Accompagnement professionnel



[Documents de la HAS](#) relatifs aux directives anticipées - Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose trois nouveaux documents relatifs aux directives anticipées. Le premier s'adresse au patient : il comporte plusieurs formulaires de directives anticipées, et "*ne préjuge pas du décret d'application*" de la loi sur lequel la HAS sera amenée à rendre un avis. Il distingue "*les volontés de la personne concernant les actes et l'accompagnement qui auront lieu "de son vivant" et ses volontés concernant les événements qui auront lieu "après sa mort" - tels que, par exemple, les éventuels prélèvements d'organes, les obsèques, ou l'accompagnement, par les soignants, de la famille de la personne après le décès*". Le deuxième document s'adresse aux professionnels, afin de "*les*

aider à parler des directives anticipées, et à accompagner les personnes qui le souhaitent. Il pourra également être utilisé pour la formation des jeunes médecins dans leur pratique quotidienne". Enfin, le dernier document présente un fonds documentaire sur les directives anticipées : cadre juridique, documents d'information et formulaires disponibles en France, état des lieux en Europe et Amérique du Nord, travaux réalisés sur les directives anticipées, pratiques en France, outils disponibles à l'étranger et questions posées par les directives anticipées.

Droits des malades - Fin de vie - Personne de confiance - Haute Autorité de Santé (HAS) – Formulaire



[Document](#) de la Haute Autorité de Santé relatif à la personne de confiance – Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose un nouveau document sur la personne de confiance décrivant son rôle, les critères pour la choisir et les modalités de sa désignation. Ce document est accompagné du formulaire de désignation, ainsi que d'un modèle si le patient est dans l'impossibilité physique d'écrire seul le formulaire de désignation de sa personne de confiance.

Accouchement - Secret - Protocole - Guide de bonnes pratiques - Accompagnement

[Instruction n° DGCS/CNAOP/DGS/DGOS/2016/107 du 4 avril 2016](#) relative au protocole pour l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret entre les Conseils départementaux et les établissements de santé et au guide des bonnes pratiques pour faciliter l'accès aux origines personnelles des personnes nées dans le secret et relative à la conservation des registres et des dossiers concernant les accouchements dans le secret - Cette instruction présente un protocole et un guide de bonnes pratiques concernant l'accompagnement des femmes accouchant dans le secret. "*Le protocole a pour objet de préciser les missions respectives de chacun ainsi que les formalités que doivent accomplir les parties signataires lorsqu'une femme envisage d'accoucher dans le secret. Les directeurs d'établissements de santé sont désignés comme responsables de l'application du dispositif, en lien avec les Conseils Départementaux, en vertu de l'article L.222-6 du code de l'action sociale et des familles*". Le guide des bonnes pratiques "*a pour but de permettre à chaque professionnel confronté à ces situations complexes de trouver la réponse la plus adaptée et éventuellement de joindre les interlocuteurs qui pourront l'aider à assurer au mieux cette mission. Il précise les différentes possibilités qui s'offrent aux femmes concernées et leurs conséquences. Il aborde la pluralité des circonstances que peuvent rencontrer les professionnels, que la femme soit connue auparavant par eux ou non*".

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Lanceur d'alerte – Administration – Effectivité – Protection



[Etude du Conseil d'Etat](#) : "le droit d'alerte : signaler, traiter, protéger" – La mise en œuvre des dispositions relatives aux lanceurs d'alerte « *pour la plupart récentes, est encore limitée et parcellaire. Si la diffusion des dispositifs d'alerte professionnelle dans les grandes entreprises semble bien avancée, en raison notamment de l'influence de législations étrangères à portée extraterritoriale, tel n'est en revanche pas le cas dans les petites et moyennes entreprises, qui apparaissent insuffisamment outillées et pour lesquelles ce n'est souvent pas une priorité dans un contexte économique très difficile ; enfin, dans les collectivités publiques, cette mise en œuvre n'en est le plus souvent qu'à ses débuts* ». Cette étude du Conseil d'Etat « recommande d'obliger les administrations et d'inciter les entreprises d'une certaine taille à se doter de procédures confidentielles et sécurisées permettant de rediriger l'alerte, en interne, vers des organes compétents pour l'analyser et la traiter et de placer ces derniers à un niveau suffisant afin que l'alerte soit prise en charge de manière efficace ». Elle « porte ensuite sur la protection à accorder aux lanceurs d'alerte de bonne foi, c'est-à-dire à ceux qui avaient des motifs suffisants de croire à l'exactitude des faits et des risques qu'ils ont entendu signaler ». Elle se conclut en ces termes : « une refonte ambitieuse de notre droit d'alerte doit prendre appui sur deux piliers : d'une part, un socle commun, défini par la loi, permettant d'identifier ce qu'est un lanceur d'alerte éthique et de déterminer clairement ses droits et obligations ; d'autre part, un corpus de règles spéciales, législatives ou réglementaires ou prévues par des mesures de droit souple, précisant, selon la variété des situations et, notamment, l'organisation et le fonctionnement particulier de chaque entreprise et administration, les modalités pratiques de signalement ainsi que des mesures d'information et de sensibilisation ».

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Rectificatif – Politique de santé publique – Lutte contre le tabagisme – Activités d'influence – Représentation d'intérêts – Dépenses annuelles - Rapport

[Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé (rectificatif) – Ce rectificatif vient modifier l'article 26 de la n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et dispose que « *les fabricants, les importateurs et les distributeurs de produits du tabac ainsi que les entreprises, les organisations professionnelles ou les associations les représentants adressent chaque année au ministre chargé de la santé un rapport détaillant l'ensemble des dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts* ».

Loi de modernisation de notre système de santé – Institution de santé publique - Agence nationale de santé publique (ANSP) – Création

[Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016](#) portant création de l'Agence nationale de santé publique – Cette ordonnance entre en vigueur le 1er mai 2016. Elle est prise sur le fondement de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance, avant le 26 juillet 2016, les dispositions nécessaires pour procéder à la création d'un établissement public dénommé « Agence nationale de santé publique » (ANSP) qui reprend l'ensemble des missions, compétences et pouvoirs exercés par l'Institut de veille sanitaire (InVS), par l'Institut national de prévention et d'éducation pour

la santé (INPES) et par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). L'article 1er insère dans le code de la santé publique les dispositions relatives à la nouvelle ANSP. « La section 1, intitulée « Agence nationale de santé publique », comprend quinze articles qui définissent les missions et les prérogatives ainsi que l'organisation et le fonctionnement de l'agence. La codification de ces articles est temporaire, elle sera modifiée par une ordonnance que le III de l'article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise le Gouvernement à prendre pour regrouper et harmoniser les dispositions législatives relatives aux missions, à l'organisation, au fonctionnement et aux ressources des agences et autorités sanitaires nationales, ainsi que celles concernant la veille, les vigilances et les alertes sanitaires ». Les missions de l'ANSP sont centrées sur l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ; la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ; la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ; le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ; la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ; le lancement de l'alerte sanitaire.

Campagne tarifaire - Tarification à l'activité – Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) – Coefficient prudentiel – Agences régionales de santé (ARS)

[Instruction n° DGOS/R1/2016/97 du 18 mars 2016](#) relative à l'application du coefficient prudentiel dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – La valeur du coefficient prudentiel est fixé à 0,50% pour l'année 2016 et s'applique, à compter du 1^{er} mars 2016, aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé, en vue de gagner une partie de l'objectif des dépenses hospitalières aux fins de concourir au respect de l'ONDAM.

Conseil stratégique des Industries de Santé – Avril 2016



[Rapport des services du Premier ministre relatif au Conseil stratégique des industries de santé \(Csis\) – Avril 2016](#) « *Le Conseil Stratégique des Industries de Santé, CSIS, est reconnu comme un lieu de concertation et d'échanges répondant à de fortes attentes des industriels et des pouvoirs publics en permettant aux deux parties de mieux comprendre les contraintes et les enjeux respectifs. Il a vocation d'être le lieu où se dessine une vision stratégique commune du secteur des industries de santé. À la suite d'un séminaire avec les industriels de santé, ouvert par le Premier ministre, le 17 avril 2015, trois groupes de travail ont été mis en place ; ils ont réuni les industriels et les pouvoirs publics, autour des principaux enjeux du secteur des industries de santé : la lisibilité et la prévisibilité, l'accès à l'innovation et l'attractivité de l'industrie française. Les travaux de préparation de la septième réunion du CSIS, conduits durant plus d'une année, ont ainsi identifié quatre orientations stratégiques qui se déclinent en 14 mesures dans les domaines de l'innovation, de la production, de la recherche avec les essais cliniques et l'accès aux bases de données et dans le renforcement du dialogue entre État et industries de santé.* »

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

**Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) – Infections nosocomiales - Réparation des préjudices – Preuves
- Établissements de santé - Soins dispensés en ville – Discrimination**

[Conseil constitutionnel, 1er avril 2016, n° 2016-531 QPC](#) – Le Conseil constitutionnel a été saisi le 6 janvier 2016 par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des deux premiers alinéas de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique. Le requérant considérait que, en subordonnant la réparation du préjudice résultant d'une infection nosocomiale à la commission d'une faute par le professionnel de santé lorsqu'une telle infection est contractée à l'occasion de soins dispensés en ville, alors que les établissements, services et organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins sont responsables des dommages résultant d'une telle infection sauf à ce qu'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère, les dispositions contestées créaient une discrimination injustifiée.

Le Conseil constitutionnel considère que le régime de responsabilité distinct institué entre établissements de santé et praticiens libéraux en matière d'infection nosocomiale est conforme à la Constitution, « *le législateur ayant entendu prendre en compte les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins sont pratiqués dans les établissements, services et organismes de santé et la spécificité des risques en milieu hospitalier* ». « *La différence de traitement qui découle des conditions d'engagement de la responsabilité pour les dommages résultant d'infections nosocomiales repose sur une différence de situation* ». Elle est donc « *en rapport avec la loi* ».

Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - Associations d'usagers du système de santé agréées - Victimes du benfluorex – Offres

[Décret n° 2016-401 du 5 avril 2016](#) relatif à la présentation des offres faites aux victimes du benfluorex - Ce texte concerne la présentation des offres faites aux victimes par le responsable des dommages consécutifs à la prise de benfluorex ou par l'ONIAM. Chaque offre d'indemnisation détaille le montant proposé pour chaque chef de préjudice identifié par l'avis du collège des experts benfluorex et, si elle s'écarte de cet avis, précise les écarts entre les montants proposés et ceux qui résulteraient de l'application des tarifs unitaires pratiqués par l'ONIAM. L'offre doit également mentionner la faculté pour le demandeur de solliciter la substitution de l'ONIAM, s'il estime l'offre manifestement insuffisante et indiquer que toute aggravation de l'état de santé du demandeur peut faire l'objet d'une nouvelle demande d'indemnité.

Responsabilité hospitalière – Accouchement prématuré - Décès – Perte de chance – Préjudice – Indemnisation

[Conseil d'Etat, 10 mars 2016, n° 386362](#) - En 2005, une patiente a connu une première grossesse pathologique. A partir de janvier 2008, elle a été suivie au sein d'un hôpital dépendant d'un CHU pour sa deuxième grossesse au cours de laquelle elle a plusieurs fois fait état de douleurs et attiré l'attention du gynécologue-obstétricien sur ses antécédents, sans que ce médecin ne demande la communication de son dossier médical, ni ne procède aux examens complémentaires appelés par son état. Suite à un rétrécissement de son col de l'utérus et devant l'impossibilité d'obtenir une consultation médicale immédiate à l'hôpital qui assurait son suivi, la patiente s'est rendue le jour même au sein d'un autre centre hospitalier, où elle a été examinée par un praticien attaché associé, qui l'a autorisée à regagner son domicile en l'absence de contractions. Elle a de nouveau consulté ce médecin le 29 mai 2008 à la suite de pertes sanglantes, avec le même résultat puis a été hospitalisée dans cet établissement le 31 mai 2008 après une fissure de la poche des eaux. Le 6 juin 2008, premier jour de sa vingt-cinquième semaine d'aménorrhée, l'accouchement de la parturiente s'est déclenché et le médecin a autorisé l'anesthésiste à lui administrer un sédatif et un analgésique susceptibles d'avoir des effets nocifs sur l'enfant, dont il a estimé que les chances de survie étaient nulles. L'enfant est né mais est rapidement décédé, sans qu'il soit pratiqué de manœuvres de réanimation. Les parents de l'enfant décédé demandent l'annulation de l'arrêt par lequel la cour administrative d'appel a refusé de condamner le CHU et le centre hospitalier à les indemniser des préjudices ayant résulté pour eux des fautes qu'ils imputent à ces établissements dans le suivi de la grossesse de l'épouse et dans la réalisation de son accouchement.

Le Conseil d'Etat casse et annule l'arrêt de la cour administrative d'appel au motif « *qu'il lui appartenait de rechercher si les fautes ainsi commises dans le suivi de la grossesse de Mme B...n'avaient pas fait perdre une chance d'éviter un accouchement aussi prématuré et le décès de l'enfant qui en est résulté, et qu'elle ne pouvait écarter une telle perte de chance que si elle pouvait affirmer qu'une prise en charge adéquate aurait eu la même issue* ». Il clarifie la notion de perte de chance en indiquant que « *c'est seulement lorsqu'il peut être affirmé de manière certaine qu'une prise en charge adéquate n'aurait pas permis d'éviter ces conséquences que l'existence d'une perte de chance ouvrant droit à réparation peut être écartée* ».

PERSONNEL

Formation professionnelle - Apprentissage - Secteur public

[Décret n° 2016-456 du 12 avril 2016](#) abrogeant le décret n° 92-1258 du 30 novembre 1992 pris en application de la loi n° 92-675 du 17 juillet 1992 portant diverses dispositions relatives à l'apprentissage et à la formation professionnelle et plus particulièrement le chapitre II concernant l'expérimentation de l'apprentissage dans le secteur public non industriel et commercial – "*Le décret n° 92-1258 du 30 novembre 1992, pris en application de la loi du 17 juillet 1992, n'est quasiment plus applicable aujourd'hui, car il repose sur le mécanisme d'agrément préfectoral supprimé par la loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009. Seul son article 3, qui précise qu'un maître d'apprentissage peut accueillir simultanément au plus deux apprentis, conserve une portée. Par conséquent, le dispositif réglementaire régissant le nombre maximum d'apprentis par maître d'apprentissage dans le secteur public non industriel et commercial est aligné sur celui du droit commun, à savoir deux apprentis et un apprenti dont la formation est prolongée suite à échec à un examen*".

Professeur d'université - Recrutement - Concours réservés - Commission nationale - Composition – Fonctionnement

[Arrêté du 1er mars 2016](#) relatif à la composition et au fonctionnement de la commission nationale prévue au 5° de l'article 46 du décret n° 84-431 du 6 juin 1984 modifié fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences - Ce texte fixe la composition et le fonctionnement de la commission nationale prévue au 5° de l'article 46 du décret n°84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences. Cette disposition prévoit que, dans la limite du neuvième des emplois mis aux concours dans l'ensemble des disciplines, des concours sont réservés aux maîtres de conférences et enseignants-chercheurs assimilés ayant exercé, au 1er janvier de l'année du concours, pendant au moins quatre ans dans les neuf ans qui précèdent, des responsabilités importantes dans certaines fonctions. Ils doivent par ailleurs être inscrits sur une liste de qualification, établie par ladite commission nationale.

Professeur d'université - Recrutement - Concours réservés - Commission nationale – Liste de qualification – Procédure d'inscription

[Arrêté du 1er mars 2016](#) relatif à la procédure d'inscription sur les listes de qualification aux fonctions de professeur des universités prévue par l'article 46 (5°) du décret n° 84-431 du 6 juin 1984 modifié fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences - Ce texte fixe la procédure d'inscription sur les listes de qualification aux fonctions de professeur des universités prévue au 5° de l'article 46 du décret n°84-431 du 6 juin 1984 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences. Cette disposition prévoit que, dans la limite du neuvième des emplois mis aux concours dans l'ensemble des disciplines, des concours sont réservés aux maîtres de conférences et enseignants-chercheurs assimilés ayant exercé, au 1er janvier de l'année du concours, pendant au moins quatre ans dans les neuf ans qui précèdent, des responsabilités importantes dans certaines fonctions. Ils doivent par ailleurs être inscrits sur ladite liste de qualification, établie par la commission nationale. Le texte prévoit les pièces que doit comporter le dossier du candidat ainsi que les modalités de transmission de ces pièces. Il est prévu que le calendrier des opérations de qualification fasse l'objet d'une publication annuelle sur le portail GALAXIE accessible depuis le site ministériel <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr>.

Fonction publique hospitalière – Droit syndical – Crédit d’heures – Mutualisation – Coût horaire moyen – Compensation financière

[Arrêté du 31 mars 2016](#) fixant le coût horaire moyen dans la fonction publique hospitalière servant de base au calcul de la compensation financière dans le cadre de la mise en œuvre de la mutualisation des crédits d'heures syndicales – Cet arrêté dispose que « *le coût horaire moyen dans la fonction publique hospitalière pour l'exercice 2015 est fixé à 18,06 euros.*

A titre transitoire, pour l'année 2016, les établissements de rattachement des agents attributaires des heures mutualisées en 2015 indiquent à l'établissement gestionnaire le nombre d'heures utilisées par ces derniers agents. Au vu de ces informations, l'établissement gestionnaire notifie au premier semestre 2016 à chaque établissement de moins de 500 agents dans lequel les crédits d'heures reportés avaient été décelés le montant de la compensation financière due ».

Cumul emploi-retraite - Personnels médicaux

[Instruction n° DGOS/RH3/2016/105 du 1er avril 2016](#) relative aux modalités d'application du cumul emploi-retraite (CER) aux personnels médicaux des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux - "*La circulaire interministérielle n° DSS/3A/2014/347 du 29 décembre 2014 [...] rappelle les conditions dans lesquelles il peut être recouru au cumul emploi-retraite (CER). La présente instruction vise à améliorer l'information des employeurs et des agents sur les modalités d'application de la législation aux personnels médicaux recrutés par les établissements publics de santé dans le cadre d'un CER et à permettre la meilleure utilisation de ce dispositif*".

Etudes de santé - Etudes médicales - Admission - réorientation - Dossier - Jury - Passerelle

[Circulaire n° 2016-044 du 24 mars 2016](#) relative aux modalités d'admission en deuxième et troisième année dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femmes - L'article L. 631-1 du code de l'Éducation prévoit que des candidats justifiant notamment de certains grades, titres ou diplômes peuvent être admis en deuxième année ou en troisième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme et pose le principe selon lequel peuvent être admis en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme des étudiants engagés dans ces études et souhaitant se réorienter dans une filière différente de leur filière d'origine ; cette possibilité de réorientation (notamment dans le cadre de l'exercice du droit au remords) est ouverte aux étudiants ayant validé au moins deux années dans la filière choisie à l'issue de la première année. Les arrêtés du 26 juillet 2010 modifiés par arrêtés en date du 3 janvier 2012 déterminent les modalités de la constitution du dossier, la composition du jury, le déroulement de la procédure et encadrent le droit de présenter sa candidature. La présente circulaire a pour objet de préciser l'organisation de la procédure retenue pour l'ensemble des passerelles.

Unité de soins longue durée (USLD) – Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Administration de médicaments – Compétences - Agents des services hospitaliers qualifiés (ASH)

[Cour administrative d'appel de Nantes, 22 mars 2016, n°14NT01525](#) - La Cour administrative d'appel de Nantes rappelle que « *la distribution et l'administration des médicaments, qui relèvent de la compétence des infirmiers en vertu des articles R. 4311-4 et R. 4311-5 du code de la santé publique, n'entrent pas dans les compétences que peuvent exercer les agents des services hospitaliers qualifiés* » et que « *si l'article R. 4311-4 du code de la santé publique prévoit que lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés*

dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation, les agents des services hospitaliers qualifiés ne figurent pas dans les catégories d'agents susceptibles de collaborer avec les infirmiers pour l'administration des médicaments».

Acte de terrorisme – Indemnisation - Victime – Atteinte à la personne – Lieu de commission des actes - Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)

[Cour de Cassation, Deuxième chambre civile, 24 mars 2016, n° 15-13737](#) - A la suite de l'attentat kamikaze commis par X. en Tunisie ayant, du fait de l'explosion d'un camion-citerne, provoqué la mort de plus de vingt personnes et occasionné des blessures très graves à plusieurs autres victimes, MM. Y. et Z. ont été condamnés par la cour d'assises spéciale de Paris pour complicité d'assassinats et de tentatives d'assassinats et pour participation à des actes de terrorisme, faits commis en France s'agissant de M. Y.

Les victimes ont saisi le fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (le FGTI) d'une demande d'indemnisation. En raison de son refus, elles l'ont assigné devant un tribunal de grande instance.

La Cour d'appel a confirmé ce refus, estimant que l'acte de terrorisme dont les requérants avaient été victimes avait été commis à l'étranger, à Tunis, lieu de l'attentat suicide.

Les requérants se sont pourvu en cassation et ont argué qu'ils avaient « *été victimes en réalité de plusieurs actes de terrorisme dont certains, qui ont contribué à la réalisation de leurs préjudices, ont été commis sur le territoire national, ce qui fondait leurs demandes indemnitaires formulées à l'encontre du FGTI* ».

Dans cet arrêt, la Cour de Cassation reconnaît « *qu'il résulte des articles L. 126-1, L. 422-1 et R. 422-6 du code des assurances que le FGTI assure, hors de toute recherche de responsabilité, la réparation intégrale des dommages résultant d'une atteinte à la personne des victimes d'actes de terrorisme commis sur le territoire national, quelle que soit leur nationalité, et des victimes de ces mêmes actes commis à l'étranger, lorsqu'elles sont de nationalité française* ». Dès lors, « *le lieu de commission de ces actes est celui où survient l'atteinte à la personne de la victime* ».

C'est pourquoi la Cour de Cassation décide que « *c'est à bon droit qu'ayant constaté que les victimes avaient été blessées en Tunisie et étaient de nationalité allemande, la cour d'appel, [...] a décidé qu'elles ne pouvaient bénéficier de l'indemnisation prévue aux textes précités* ».

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Etablissements publics de santé – Ressources humaines médicales – Ressources humaines non médicales



[Note juridique de la Fédération hospitalière de France \(FHF\) « Loi de modernisation de notre système de santé : Disposition impactant les ressources humaines hospitalières »](#) - Mars 2016 – La FHF propose une note juridique mettant en perspective les principales dispositions de la Loi de modernisation de notre système de santé qui impactent les ressources humaines hospitalières non médicales et médicales des établissements publics de santé.

CHSCT – Règlement intérieur



[Note de la FHF « Principaux thèmes pour la rédaction d'un règlement intérieur du CHSCT »](#) - Avril 2016 – La FHF a rédigé une note indiquant les principaux thèmes pour la rédaction d'un règlement intérieur du CHSCT. Elle rappelle que la loi n°2015-994 du 17 août 2015, dite loi Rebsamen, entrée en vigueur le 19 août 2015 rend obligatoire l'établissement d'un règlement intérieur au CHSCT. Ce document doit fixer les règles de fonctionnement du comité et l'organisation de ses travaux.

PSYCHIATRIE

Soins psychiatriques sans consentement – Visite – Famille – Refus

[Cour administrative d'appel de Bordeaux, 8 décembre 2015, n° 15BX02216](#) – Le père d'une personne hospitalisée d'office au sein d'un centre hospitalier s'est vu refuser à deux reprises, les 28 mai et 1er juin 2010, à la demande des médecins, un droit de visite de son fils majeur. Il a alors demandé au tribunal administratif d'annuler les refus. Le tribunal a rejeté, par une ordonnance du 13 octobre 2011, sa demande comme portée devant une juridiction incompétente pour en connaître. Par un arrêt du 11 février 2014, la cour administrative d'appel a rejeté le recours formé contre cette ordonnance mais l'affaire lui a été renvoyée par le Conseil d'Etat qui a précisé, à cette occasion, que « *la décision par laquelle un établissement public de santé refuse à un tiers le droit de rendre visite à une personne hospitalisée sans son consentement a le caractère d'une mesure prise pour l'exécution du service public hospitalier qui ne porte pas atteinte à la liberté individuelle. Par suite, le juge administratif est compétent pour en connaître* » (Conseil d'Etat, 26 juin 2015, n° 381648).

La cour administrative d'appel considère que les refus de visite trouvent leur base légale non pas dans l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, mais dans l'article R. 1112-47 de ce code, en vertu duquel le directeur d'un hôpital peut décider des interdictions de visite lorsqu'elles sont justifiées par les nécessités du repos des malades ou celles du bon fonctionnement des services. Elle procède alors à une substitution de base légale et, exerçant en la matière un contrôle restreint, estime que les décisions portant interdiction de visite, « *qui sont justifiées par le besoin de repos du fils du requérant eu égard à son état de santé aux dates des décisions litigieuses, ne sont pas entachées d'une erreur manifeste d'appréciation dans l'application des dispositions précitées de l'article R. 1112-47 du code de la santé publique* ».

Psychiatrie – Patient – Fugue – Meurtre – Irresponsabilité – Renvoi en correctionnel

[Cour de cassation, chambre criminelle, 16 février 2016, n° 15-80366](#) – Le 12 novembre 2008, un étudiant a été mortellement poignardé par un patient schizophrène, M. X., hospitalisé au sein d'un centre hospitalier spécialisé et qui venait de fuguer. Ce patient y avait été admis en 2006 sous le régime de l'hospitalisation d'office pour une agression au couteau et y séjournait depuis deux ans dans le pavillon psychiatrique. Des experts avaient déclaré le patient irresponsable en décembre 2009, ce que la justice avait entériné en septembre 2011. Saisi par la famille de la victime d'une plainte pour homicide involontaire, le juge d'instruction avait rendu une ordonnance de non-lieu en avril 2013. Sur appel de la famille devant la chambre de l'instruction, trois médecins du centre hospitalier spécialisé ainsi que cet établissement en tant que personne morale avaient été mis en examen pour homicide involontaire par manquement à une obligation de sécurité début 2014. Le 19 novembre 2014, la chambre de l'instruction a confirmé le non-lieu à l'égard de deux médecins (l'ancien chef de pôle et un praticien hospitalier qui se trouvait alors en formation) mais confirmé le renvoi devant le tribunal correctionnel de l'ancien chef de service et de l'établissement de santé en qualité de personne morale. Le médecin ainsi que les parties civiles avaient porté l'affaire devant la Cour de cassation.

La Cour de cassation confirme l'analyse de la cour d'appel qui avait retenu « *une faute caractérisée* » du chef de service dans le suivi du patient ayant « *indirectement mais nécessairement concouru à la réalisation* » de l'acte meurtrier. La cour d'appel estimait qu'il semblait « *s'être totalement désintéressé de l'état de santé psychiatrique de M. X et de son évolution, bien qu'il soit en charge directe de ce patient en sa qualité de chef de service du pavillon où il était accueilli* ». Elle rejette ainsi les pourvois formés contre l'arrêt de la chambre de l'instruction et valide le renvoi en correctionnelle du centre hospitalier spécialisé et de l'ancien chef de service désormais en retraite. Cette affaire est à l'origine de la réforme des soins psychiatriques sous contrainte ayant donné lieu à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques.

ORGANISATION DES SOINS

Organisation des soins – Parcours administratif – Patient

[Instruction n° DGOS/PF1/2016/82 du 18 mars 2016](#) relative au programme SIMPHONIE, aux 3 projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016 – Ce texte « présente le programme SIMPHONIE et les modalités de déploiement des 3 projets liés au parcours administratif du patient. Les ARS sont sollicitées pour sélectionner les établissements qui intégreront la deuxième vague de déploiement des projets « parcours administratif des patients ».

Plan national - Maladies neuro-dégénératives - 2014-2019 - Déclinaison régionale

[Instruction n° SG/CNSA/2016/58 du 22 janvier 2016](#) relative à la déclinaison régionale du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 - "La circulaire n° 2015-281 du 7 septembre 2015 relative à la mise en œuvre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 visait à définir un premier cadre de travail et de mobilisation pour les agences régionales de santé", permettant "d'engager la mise en œuvre de plusieurs mesures annoncées d'une part par la circulaire budgétaire des ESMS du 23 avril 2015 et pour lesquelles l'adoption par le conseil de la CNSA de la répartition régionale des crédits était nécessaire, d'autre part par la circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015". Ce texte "précise le cadre de la mise en œuvre régionale par les agences régionales de santé des mesures du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 pour lesquelles une déclinaison régionale est attendue. Elle précise en annexe la liste des mesures concernées, les recommandations de bonnes pratiques utiles à leur mise en œuvre, les cadres de présentation des états des lieux et plans d'actions régionaux que les ARS devront produire et adresser au niveau national".

Académie de médecine – Maladies rares – Prise en charge



[Rapport de l'Académie de médecine « Maladies rares, le modèle français »](#) - Avril 2016 –

L'Académie de médecine, dans un rapport sur le modèle français de prise en charge des maladies rares, fait trois recommandations pour améliorer encore le système mis en place en France. « Les maladies rares, définies en Europe par une prévalence inférieure à 1/2 000 personnes, sont au nombre d'environ 7 000 dont la plupart sont d'origine génétique. Les plans nationaux français pour les maladies rares ont permis de structurer leur prise en charge dans le cadre de 131 Centres de références nationaux et de Centres de compétences régionaux. Le domaine des maladies d'origine génétique est celui dans lequel la recherche a le plus progressé. L'analyse de panels de gènes et l'étude d'exome permettent d'identifier les gènes responsables des maladies génétiques, et leur mécanisme. Les médicaments « orphelins » sont mis à la disposition des patients dans un cadre spécifique facilitant leur accès. Le rôle d'information et de soutien des associations de patients, ainsi que l'éducation thérapeutique sont importants. L'Académie recommande l'enseignement des maladies rares dans le cadre des études médicales et de la formation des spécialistes, la structuration de la transition enfant-adulte pour les malades rares de l'enfance, et la désignation de médecins correspondants dans chaque centre hospitalo-universitaire. »

PÉNAL

Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) – Génétique – Expertise

[Avis du 17 mars 2016](#) de l'Assemblée plénière de la Commission nationale consultative des droits de l'homme relatif à l'expertise génétique aux fins de détermination des traits morphologiques apparents – Cet avis fait suite à un [arrêt de la Cour de cassation](#) rendu « sur la question de savoir si le juge d'instruction pouvait ordonner une expertise aux seules fins de révéler des « caractères morphologiques apparents de l'auteur inconnu d'un crime à partir de l'ADN que celui-ci avait laissé sur les lieux ». La chambre criminelle de la Cour de cassation, à l'encontre de l'avis de l'avocat général, a admis une telle possibilité, approuvant l'arrêt des juges du fond qui avaient considéré que les règles posées par les articles 16-10 et 16-11 du code civil ne trouvaient pas à s'appliquer dans ce type d'hypothèse ». Pour sa part, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) « invite le Gouvernement à encadrer strictement et par la loi le recours à l'expertise génétique aux fins de détermination des traits morphologiques apparents. Le texte législatif devrait limiter cette faculté au seul juge d'instruction, préciser le type de caractéristiques génétiques susceptibles d'être déterminées par ce moyen - en les limitant aux seuls traits objectifs, extérieurs et pertinents pour l'identification d'une personne - et définir les garanties effectives que ces procédures devraient respecter ».

Pénal – Administration – Information – Ministère public – Condamnation – Agent

[Loi n° 2016-457 du 14 avril 2016](#) relative à l'information de l'administration par l'autorité judiciaire et à la protection des mineurs – Cette loi vient modifier le code de procédure pénale et prévoit que le ministère public peut informer par écrit l'administration de certaines décisions rendues contre une personne qu'elle emploie, y compris à titre bénévole, lorsqu'elles concernent un crime ou un délit puni d'une peine d'emprisonnement. L'administration ne peut la communiquer qu'aux personnes compétentes pour faire cesser ou suspendre l'exercice de l'activité.

RÈGLEMENTATION SANITAIRE

Don de sang – Sélection – Critères

[Arrêté du 5 avril 2016](#) fixant les critères de sélection des donneurs de sang – Ce texte définit les critères de sélection des donneurs de sang (limite d'âge, intervalle entre les dons, fréquence et volume des prélèvements, caractéristiques cliniques et biologiques du donneur, etc.). La mise en œuvre de ces critères fait l'objet d'un bilan au moins annuel du suivi épidémiologique des donneurs de sang réalisé par l'Institut de veille sanitaire et présenté au comité de suivi dont la composition est définie en annexe. Ce texte entre en vigueur le 10 juillet 2016, à l'exception des critères de sélection du risque infectieux lié au virus West Nile, qui entrent en vigueur le 11 avril 2016.

Haute Autorité de Santé (HAS) – Certification – Référentiel – Médicament – Démarchage – Prospection

[Décision n° 2016.0063/DC du 23 mars 2016](#) du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du référentiel de certification de l'activité d'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments et de son rapport d'élaboration – Cet arrêté adopte le référentiel de certification de l'activité d'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments ainsi que son rapport d'élaboration. Ce référentiel vise à « *s'assurer que l'entreprise met en application un système pour garantir la conformité à la charte de ses pratiques d'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments* ». Sont incluses dans cette charte « *toutes formes d'information, quel qu'en soit le support, par démarchage, prospection ou incitation qui visent à promouvoir la prescription, la délivrance ou l'utilisation de spécialités pharmaceutiques par tout professionnel habilité à prescrire, dispenser et utiliser ces médicaments. [la charte] a pour but de renforcer la qualité de l'information visant à la promotion sur les médicaments pour en assurer le bon usage auprès des acteurs de santé* ».

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

