

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1^{er} au 15 février 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation des soins	page 2
Marchés publics	page 2
Organisation hospitalière	page 3
Personnel	page 5
Droits des patients	page 7
Réglementation sanitaire	page 8
Responsabilité hospitalière	page 9
Pénal	page 10
Tutelles	page 10
Publications	page 11

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

Hylda DUBARRY

Clémence DULIERE

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN-
MARIS

Audrey VOLPE

ORGANISATION DES SOINS

Note d'Orientation

PRESCRIPTION ELECTRONIQUE
E__PRESCRIPTION

Propositions concrètes
Clio Santé Janvier 2012

Comment déployer la prescription électronique

1. INTRODUCTION	2
2. L'ORDONNANCE PAR VOIE ELECTRONIQUE	3
3. LES ENJEUX DE LA PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	3
3.1. LE GROUPE DE TRAVAIL	3
3.2. CHOIX ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES	4
3.3. PRINCIPES	4
3.4. PRINCIPES DE LA E-PRESCRIPTION	5
3.5. PRINCIPES D'ATTENTION	5
3.6. STRUCTURE DE LA E-PRESCRIPTION EN VILLE	6
3.7. STATUT JURIDIQUE DE LA E-PRESCRIPTION ET CHOIX DE L'IDENTIFIANT	6
3.8. SCHEMA DE FONCTIONNEMENT LOGIQUE	6
4. CONCLUSION : COMMENT PASSER DES DISCOURS AUX ACTES	7

[Note d'orientation](#) du Comité de liaison des institutions ordinaires du secteur de la santé relative à la prescription électronique, janvier 2012 (Prescription – Ordonnance – Par voie électronique) - En janvier 2012, le Comité de liaison des institutions ordinaires du secteur de la santé (Clio) a réalisé une note relative à la prescription électronique proposant des grandes orientations souhaitées et préconisées par les ordres des professionnels de la santé pour le développement de la e-Prescription en France. Selon cette note, on entend par e-prescription un service comportant une prescription dématérialisée de médicaments, de dispositifs médicaux, déposée sur une plateforme sécurisée dans une base de données spécialement dévolue à cet effet. Le Clio considère que la prescription électronique « devient incontournable car elle comporte un fort impact positif pour faciliter la sécurité des exercices professionnels et leur qualité tant au titre de chaque professionnel de santé qu'au titre des bénéficiaires en santé publique, pour améliorer la sécurité et la qualité des prescriptions ».

[Charte de bonnes pratiques](#) relative aux modalités d'intervention des masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les EHPAD - Cette charte vise à accompagner le contrat de coordination signé par le directeur de l'EHPAD et le masseur-kinésithérapeute y intervenant à titre libéral. S'agissant de la rémunération des professionnels, elle indique notamment que les rétrocessions d'honoraires entre masseurs-kinésithérapeutes et EHPAD sont illicites. Elle recommande aussi aux directeurs d'EHPAD de prendre la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ainsi que la valeur de la lettre-clé comme référence pour la cotation des actes des masseurs-kinésithérapeutes, comme pour les autres intervenants libéraux. Les professionnels doivent respecter de leur côté les dispositions de la NGAP, les référentiels de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) ainsi que les règles déontologiques de leur profession. Enfin, la charte recommande aux directeurs de respecter l'indépendance des professionnels, de faciliter leurs horaires d'intervention "en tenant compte du fait qu'il peut s'agir d'actes longs", ou encore de mettre à leur disposition un logiciel pour faciliter la tenue des dossiers médicaux et de soins, lorsque l'EHPAD a mis en place un système informatisé sur les résidents.

MARCHÉS PUBLICS

[Circulaire du 14 février 2012](#) relative au Guide de bonnes pratiques en matière de marchés publics - Cette circulaire comprend une nouvelle version du Guide des bonnes pratiques en matière de marchés publics rendue nécessaire en raison des modifications récentes du droit de la commande publique, notamment le [décret n° 2011-1000 du 25 août 2011](#) modifiant certaines dispositions applicables aux marchés et contrats relevant de la commande publique, ainsi que les précisions apportées par la jurisprudence.

ORGANISATION HOSPITALÈRE

[Décret n° 2012-192 du 7 février 2012](#) relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins - Aujourd'hui, le schéma régional de l'offre de soins (SROS) fixe des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) pour les équipements matériels lourds autorisés s'agissant de leur implantation, de leur accessibilité et de leur volume d'activité. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), liant l'agence régionale de santé (ARS) et l'établissement de santé, tire les conséquences de ces éléments et fixe, pour l'établissement, les objectifs d'accessibilité et de volume d'activité. Ce décret vient supprimer la contrainte des volumes d'activité des établissements de santé. L'accent sera désormais mis sur la prévision et le pilotage des évolutions souhaitées plus que sur la définition de quotas de production. Des volumes d'activité pourront cependant être maintenus à titre indicatif dans les CPOM. Enfin, le décret prévoit que les CPOM pourront inclure des objectifs contractuels sur des segments d'activité ciblés (modes de prise en charge, groupe homogène de malades [GHM], spécialité médicale...), qui traduiront les orientations de l'ARS en matière d'organisation de l'offre de soins.

[Décret n° 2012-182 du 7 février 2012](#) fixant le taux de l'intérêt légal pour l'année 2012 - Le taux de l'intérêt légal est fixé à 0,71 % pour l'année 2012.

[Décret n° 2012-202 du 10 février 2012](#) modifiant les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale – Ce décret modifie les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale. Il a notamment pour objet d'autoriser le fonctionnement d'unités de dialyse médicalisées qui n'auront plus à être accolées à un centre de dialyse. Il répond à un objectif de développement de la dialyse hors centre pour permettre davantage d'accessibilité et de proximité des soins tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

[Arrêté du 31 janvier 2012](#) modifiant l'arrêté du 15 septembre 2011 relatif au financement pour l'année 2011 des missions prévues au III ter de l'article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 – Cet arrêté vient modifier le montant pris en charge par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des coûts de fonctionnement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations menées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

[Arrêté du 31 janvier 2012](#) portant modification de l'arrêté du 22 janvier 2008 modifié fixant la nomenclature des comptes obligatoirement ouverts dans l'état des prévisions de recettes et de dépenses et dans la comptabilité des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

[Instruction n°DGOS/R2/DSS/2012/07 du 4 janvier 2012](#) relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé - L'article L.1434-7 du code de la santé publique prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins. Les dispositions de mise en œuvre de ce zonage ont été définies par l'[arrêté du 21 décembre 2011](#). Cette instruction précise les modalités d'application de cet arrêté.

Instruction n° DGOS/PF1/MSIOS/2012/29 du 23 janvier 2012 relative à l'organisation des revues de projets des plans nationaux d'investissement 2012 - A l'instar de ce qui a été réalisé en 2011, la DGOS poursuit, en partenariat avec les ARS, sa démarche annuelle de revue de projets d'investissement des plans nationaux d'investissement afin de s'assurer de la bonne exécution des projets et de l'adéquation des financements associés. Pour le volet immobilier, les revues de projets concerneront les opérations du plan Hôpital 2012, les opérations du plan Hôpital 2007 non livrées, le plan de santé mentale « PRISM », ainsi que les opérations des autres plans d'investissement (UMD, UHSA). Pour le volet système d'information (SI), elles concerneront les projets du plan Hôpital 2012. A cette fin, la DGOS s'appuie comme en 2011 sur un système d'information dédié et sur la tenue de réunions de pré-revues et de revues annuelles de projets par ARS.

Guide de l'ANAP pour « Anticiper la mise en œuvre d'un bâtiment » (ANAP – Transfert d'activités hospitalières – anticiper les dysfonctionnements) - L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) vient de réaliser un guide pour anticiper la mise en œuvre d'un bâtiment dans la mesure où « *la mise en service de bâtiments hospitaliers met régulièrement en évidence un décalage entre les ouvrages définis lors de la conception et ceux attendus par les utilisateurs au moment de la livraison* ». Ce guide décrit la démarche anticipative à mettre en place lors de la phase de conception et qui doit également accompagner la construction. Dans la perspective de permettre aux directions et aux équipes projets de mener un transfert d'activités hospitalières sans dysfonctionnements, onze thématiques ont été retenues. Parmi celles-ci, figurent la préparation des équipes, des équipements et des systèmes d'information, l'organisation et le pilotage du projet, la communication, le respect et le suivi du planning et du budget global, ainsi que le déménagement et la finalisation du projet.

Rapport annuel de la Cour des comptes, Rapport 2012 (Cour des comptes – Politique de périnatalité – Politique de lutte contre le cancer – Prise en charge des personnes âgées – Projets informatiques hospitaliers) - La Cour des comptes a présenté le 8 février 2012 son rapport annuel pour 2012. Parmi tous les sujets abordés, nombreux concernent la santé.

S'agissant de la politique de périnatalité, la Cour relève notamment une stagnation de la mortalité infantile depuis 2005 et estime que les décès maternels seraient pour moitié évitables. Elle relève toutefois deux avancées, à savoir un meilleur respect des normes de sécurité bien que non totalement généralisé et le développement des réseaux de santé en périnatalité. La Cour des comptes a ajouté huit recommandations supplémentaires au regard des précédentes afin de pallier les insuffisances de la politique de périnatalité. Elle sollicite également l'analyse des causes de la stagnation de la mortalité infantile en métropole et de son augmentation dans les DOM en mobilisant notamment la recherche et en mettant en place un indicateur fiable de mortalité dès 2012.

Sur la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins, la Cour préconise de mieux articuler et évaluer les politiques menées en cette matière. Les magistrats formulent cinq nouvelles recommandations et demandent de renforcer les connaissances épidémiologiques sur la population âgée selon les axes prévus par l'Institut de veille sanitaire (INVS), de mieux articuler les plans de santé publique établis au niveau national et leur donner des indicateurs communs et de poursuivre activement le redéploiement des lits de spécialités médicales vers les lits de médecine gériatrique et vers les services de soins de suite et de réadaptation à orientation gériatrique. La Cour préconise également l'évaluation des effets des initiatives prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et la Haute autorité de santé (HAS) pour améliorer la prescription médicamenteuse et recommande de veiller à ce que la coordination exercée par les agences régionales de santé (ARS) avec les conseils généraux soit réalisée pour apporter une réponse globale et adaptée aux besoins de soins du grand âge.

S'agissant de la lutte contre le cancer, la Cour des comptes considère qu'elle bénéficie d'une cohérence et d'un pilotage largement renforcés. Elle constate que les recommandations faites auparavant ont été suivies d'effet et fait état d'une réorganisation des soins en voie d'amélioration.

Quant aux projets informatiques hospitaliers, elle préconise à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et aux ARS de mettre en œuvre un suivi stratégique effectif sur ces projets.

Enfin, concernant le patrimoine immobilier des hôpitaux non affecté aux soins, la Cour des comptes précise qu'il est mal connu, mal géré et insuffisamment valorisé. En novembre 2010, la Cour des comptes avait été chargée par la commission des finances de réaliser une enquête sur la gestion du patrimoine immobilier hospitalier. Au regard de l'ampleur du sujet, le champ de l'enquête a été restreint début 2011 au patrimoine privé des établissements non affecté aux soins (logements, terrains, vignobles,...), également dénommé « dotation non affectée » (DNA). La Cour prône notamment en faveur d'une politique nationale de valorisation du patrimoine hospitalier.

PERSONNEL

[Loi n° 2012-157 du 1er février 2012](#) relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne – Cette loi vient notamment prolonger l'autorisation d'exercice des professionnels concernés jusqu'au 31 décembre 2016 et assouplir les épreuves de vérification des connaissances.

[Décret n° 2012-172 du 3 février 2012](#) relatif au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques – Ce décret prévoit les conditions d'accès des étudiants au troisième cycle des études spécialisées de pharmacie, sous la forme d'un concours national désormais unique. Il précise les conditions de déroulement de la formation menant aux diplômes d'études spécialisées et aux diplômes d'études spécialisées complémentaires de pharmacie. Il apporte des précisions quant à la situation des pharmaciens des armées ayant réussi le concours de l'assistantat. Les dispositions particulières relatives au troisième cycle des études pharmaceutiques sont prévues par le décret n° 2012-173 du 3 février 2012.

[Décret n° 2012-173 du 3 février 2012](#) portant dispositions particulières relatives au troisième cycle spécialisé des études pharmaceutiques – Ce décret précise les conditions dans lesquelles les internes en pharmacie peuvent demander à changer de diplôme d'études spécialisées en cours d'internat ainsi que les conditions d'accès à l'internat à titre européen, à l'assistantat des armées et à l'internat à titre étranger et le déroulement de ces études.

[Arrêté du 26 janvier 2012](#) fixant la liste des professions prises en compte pour le classement dans le corps des ingénieurs hospitaliers

[Arrêté du 6 février 2012](#) déterminant les modalités d'organisation et de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des fonctionnaires recrutés par inscription sur une liste d'aptitude et des personnels détachés dans le corps des attachés d'administration hospitalière

[Circulaire n° DGOS/RH1/2012/41 du 26 janvier 2012](#) relative aux stages des étudiants paramédicaux - La loi n° 2011-893 du 28 juillet 2011 pour le développement de l'alternance et de la sécurisation des parcours professionnels introduit dans le code de l'éducation des dispositions relatives aux stages en entreprise dans le cadre des études supérieures. Cette circulaire vient préciser les raisons pour lesquelles les formations paramédicales sont exclues du champ d'application de la loi précitée.

[Circulaire n° DGOS/RH1/2012/39 du 24 janvier 2012](#) relative aux modalités de mise en œuvre de la réforme LMD au sein des écoles de sages-femmes visées à l'article L. 4151-7 du code de la santé publique - La formation initiale de sage-femme fait actuellement l'objet d'une réforme qui vise à l'inscrire dans l'architecture européenne des études supérieures. Cette réforme permettra aux étudiants inscrits en études de sage-femme de se voir délivrer, à l'issue des 4 semestres de formation qui suivent la première année commune aux études de santé (PACES), le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Ce diplôme leur conférera le grade de Licence et sanctionnera la première partie des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Cette circulaire précise les modalités de mise en œuvre de cette réforme.

[Circulaire du 18 janvier 2012](#) relative aux modalités de mise en œuvre de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 – Cette circulaire précise les règles d'application de l'article 115 de la loi de finances pour 2011. Les agents en congé pour raison de santé ne peuvent générer de jours de réduction de temps de travail. La circulaire précise les modalités de réduction des jours RTT des agents en fonction de la durée du congé pour raison de santé et du cycle de travail de l'agent.

[Circulaire DGEFP/DGAFP/DGCL/DGOS/direction du budget n° 2012-01 du 3 janvier 2012](#) relative à l'indemnisation du chômage des agents du secteur public - Cette circulaire rappelle les options offertes aux employeurs publics en matière d'assurance chômage (auto-assurance, convention de gestion, adhésion au régime d'assurance chômage). Sont également précisées les règles de la convention d'indemnisation chômage du 6 mai 2011 ainsi que les règles de coordination en cas d'employeurs successifs notamment. Une partie est consacrée à la répartition des compétences entre l'employeur public, le pôle emploi et la Direction régionale de l'économie, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE).

[Instruction DGT 2011/10 du 23 novembre 2011](#) relative aux mesures à mettre en œuvre en matière de prévention de l'exposition à l'amiante au cours de la période transitoire précédant la réforme réglementaire consécutive aux avis de l'AFSSET et aux résultats de la campagne META

[Réponse ministérielle du 29 novembre 2011](#) suite à une question écrite devant l'Assemblée nationale, n° 114638 (Fonction publique – Chefs de service – Autorisations spéciales d'absence – Religion) - Concernant la question de savoir si les chefs de service peuvent accorder des autorisations spéciales d'absence (ASA) afin d'assister à des fêtes religieuses qui ne sont pas inscrites au calendrier des fêtes chômées fixé par la législation et l'usage, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé répond par l'affirmative, tout en précisant que c'est sur le fondement de la circulaire FP n°901 du 23 septembre 1967 que ces ASA peuvent être accordées aux fonctionnaires. Le ministère rappelle également le fait que les ASA restent subordonnées au bon fonctionnement du service et n'ont jamais un caractère automatique. Il précise qu'elles ne sont pas assimilables à des congés. Il revient par conséquent au chef de service de l'agent concerné de décider d'accorder ou non de telles autorisations d'absences, en étant seul juge de l'opportunité de leur attribution, eu égard aux nécessités de fonctionnement normal du service.

Jurisprudences

[Tribunal de grande instance de Paris, 27 octobre 2011](#) (expertise CHSCT - risque grave) - A l'issue d'une délibération en date du 6 mai 2011, le CHSCT d'un établissement de santé a décidé de recourir à une expertise, en application de l'article L. 4614-12 du code du travail, afin de l'aider à appréhender, identifier et évaluer les risques constatés au sein des crèches de cet établissement. Elle a désigné le cabinet E. pour procéder à cette expertise. L'établissement de santé sollicite l'annulation de cette délibération auprès du Tribunal de grande instance de Paris. Ce dernier annule la décision du CHSCT de recourir à une expertise parce qu'elle n'est pas justifiée et réaffirme que cette décision suppose "*que l'existence d'un risque grave, c'est à dire d'un risque mettant en péril la sécurité ou la santé physique ou mentale des salariés, soit avérée au sein de l'établissement concerné, l'objectif de l'expertise n'étant pas d'établir la réalité du risque mais de l'analyser et de proposer des solutions au CHSCT*".

[Conseil d'Etat, 18 janvier 2012, n° 351266](#) (QPC - élections comités techniques d'établissement) - Le syndicat fédération sud santé sociaux considère en l'espèce que les dispositions de l'article L. 6144-4 du Code de la santé publique portent atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution et soulève cette question prioritaire de constitutionnalité devant le Conseil d'Etat. Ce dernier décide de ne pas renvoyer au Conseil Constitutionnel cette question prioritaire pour les motifs suivants : "*considérant qu'eu égard, notamment, aux spécificités qui s'attachent à l'objectif de représentation des différents métiers de la fonction publique hospitalière au sein d'un grand nombre d'établissements de santé, les agents de la fonction publique hospitalière sont, pour la désignation de leurs représentants syndicaux, placés dans une situation différente des agents des autres fonctions publiques ; que cette différence de situation justifie que, sans qu'il soit porté atteinte au principe d'égalité, leur soient appliquées des règles différentes pour l'élection de leurs représentants syndicaux au sein des comités techniques*".

[Cour de cassation, 11 janvier 2012, n° 11-14292](#) (élections professionnelles - représentativité - syndicat nouvellement créé) - Un syndicat nouvellement constitué au sein de la société A. saisit le Tribunal d'instance de Puteaux d'une demande d'annulation des élections professionnelles qui ont eu lieu au sein de cette entreprise au motif qu'il n'a pas pu disposer, lors de la campagne précédant les élections, des mêmes moyens de communication avec les salariés que les autres syndicats de l'entreprise. Il soulève notamment qu'un accord collectif fournit des moyens de communication supplémentaires (réseau intranet notamment) à ceux prévus aux articles L. 2142-3 et L. 2142-7 du Code du travail, réservés aux seuls syndicats représentatifs au sein de l'entreprise. Le Tribunal d'instance fait droit à la demande du syndicat et annule les opérations électorales. La société A. se pourvoit en cassation.

La Cour juge que *"les dispositions d'une convention ou d'un accord collectif visant à faciliter la communication aux organisations syndicales ne peuvent, sans porter atteinte au principe d'égalité, être limitées aux seuls syndicats représentatifs et doivent bénéficier à tous les syndicats qui ont constitué une section syndicale"*. *"Le Tribunal, qui a constaté que l'accord du 22 mai 2003 accordait des droits plus importants en matière d'affichage au sein de l'entreprise et que l'accord du 4 octobre 2005 fixait les moyens techniques de diffusion de l'information syndicale, notamment par l'intermédiaire d'un réseau intranet, aux salariés de l'entreprise, a, à bon droit, décidé que ces dispositions, réservées par les deux accords aux seuls syndicats représentatifs, devaient bénéficier au syndicat C. qui avait constitué dans l'entreprise une section syndicale"*. Le pourvoi est par conséquent rejeté.

DROITS DES PATIENTS

[Décret n° 2012-210 du 13 février 2012](#) relatif à l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) - Les établissements de santé qui souhaitent s'engager dans une démarche annuelle de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en mettant en œuvre l'enquête téléphonique de satisfaction reposant sur un questionnaire type élaboré par le ministère chargé de la santé seront responsables du traitement résultant de cette enquête en application de l'article 3 de la [loi du 6 janvier 1978](#). Ils devront recueillir le consentement exprès de leurs patients et procéder aux déclarations préalables auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

[Instruction n° DGOS/PF2/DGS/PP/2011/499 du 23 décembre 2011](#) relative à l'organisation de la prise en charge des patientes porteuses de prothèses mammaires de la société Poly Implant Prothèse (PIP)

Jurisprudences :

[Conseil d'Etat, 8 février 2012, n°352667](#) (QPC - soins sans consentement) - Le Conseil d'Etat décide de renvoyer devant le Conseil Constitutionnel 4 dispositions suivantes de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement en psychiatrie en question prioritaire de constitutionnalité après avoir été saisi par le Cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie (CRPA), une association de défense des droits des patients en psychiatrie :

- le 2° de l'article L. 3211-2-1 du Code de la santé publique (CSP) relatif aux soins ambulatoires
- le II de l'article L. 3211-12 CSP sur l'obligation pour le Juge des libertés et de la détention, lors des contrôles de plein droit des soins sur décision du représentant de l'Etat, de recueillir l'avis d'un collègue interne à l'établissement lorsque le patient a été hospitalisé en unité pour malades difficiles (UMD) et lorsqu'il a été déclaré irresponsable pénalement
- le 3° du I de l'article L. 3211-12-1 CSP concernant le contrôle systématique du JLD à 6 mois
- l'article L. 3213-8 CSP relatif aux modalités de levée par le Préfet des soins sur décision du représentant de l'Etat des patients déclarés irresponsables pénalement et des patients ayant été hospitalisés en UMD.

En revanche, plusieurs dispositions de cette loi ne sont pas renvoyées devant le Conseil Constitutionnel. Il s'agit notamment de la possibilité d'appel du Procureur sur une décision de mainlevée et de l'effet suspensif de cet appel en cas de risque d'atteinte grave à l'intégrité du malade ou d'autrui (paragraphes 3 et 4 de l'article L. 3211-12-4 CSP) ou bien encore de l'obligation d'hospitalisation complète pour les soins psychiatriques sous contrainte des détenus (article L. 3214-1 CSP).

[Cour de cassation, première chambre civile, 12 janvier 2012, n° 10-24447](#) (Information – Patient – Préjudice - Indemnisation) - Cet arrêt rendu par la Cour de cassation rappelle que toute personne a le droit d'être informée, préalablement aux investigations, traitements ou actions de prévention proposés, des risques inhérents à ceux-ci. Il a par ailleurs le mérite d'affirmer que le consentement du patient doit être recueilli par le praticien, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle elle n'est pas à même de consentir, de sorte que le non-respect du devoir d'information qui en découle, cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice que le juge ne peut laisser sans réparation.

[Cour administrative d'appel de Versailles, 6 décembre 2011, n° 10VE03978](#) (Hospitalisation d'office – Principe du contradictoire préalable) - En l'espèce, M. L. a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office en novembre 2005. Il a alors demandé au juge administratif l'annulation de l'arrêté prononçant cette mesure. La Cour administrative d'appel de Versailles considère que « les arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office, bien que soumis à l'obligation de motivation prévue par l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, sont au nombre des mesures de police qui doivent être motivées en application de l'article 1er de la loi du 11 juillet 1979. Ils entrent ainsi dans le champ d'application de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 ». Elle relève que ces arrêtés ne peuvent intervenir, en l'absence de dispositions du code de la santé publique organisant une procédure particulière, sauf urgence ou circonstances exceptionnelles, qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations, ou qu'a été constatée l'impossibilité de les recueillir.

La Cour administrative d'appel considère par conséquent que la demande du requérant concernant l'annulation des arrêtés préfectoraux et du jugement est fondée aux motifs que l'arrêté préfectoral a été pris sans que le patient ait été mis à même de présenter des observations écrites ou, le cas échéant, des observations orales et que le préfet n'établit ni même n'allègue qu'une situation d'urgence ou une circonstance exceptionnelle aurait été de nature à exonérer l'administration de l'application des dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Arrêté du 1er février 2012](#) pris en application des articles R. 1335-8-7 à R. 1335-8-11 du code de la santé publique - Selon le principe de la responsabilité élargie des producteurs, la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) perforants des patients en autotraitement devra désormais être assurée par les producteurs de médicaments et de dispositifs médicaux. Pour remplir leurs obligations, les producteurs doivent être titulaires d'un agrément ou faire appel à un organisme titulaire d'un agrément. Cette filière doit permettre de prévenir le risque sanitaire associé à la manipulation des déchets d'activités de soins à risques infectieux perforants en mélange avec les ordures ménagères par le personnel de collecte et de traitement des déchets ménagers et assimilés. Cet arrêté fixe les conditions de délivrance et de renouvellement d'un agrément au titre de la gestion des DASRI aux structures qui en font la demande. Le cahier des charges annexé au présent arrêté fixe les conditions à respecter pour qu'un organisme soit agréé, et notamment les objectifs et orientations générales, les règles d'organisation de la structure agréée, les relations avec les exploitants de médicaments, fabricants de dispositifs médicaux et de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et leurs mandataires, les relations avec les acteurs de la collecte séparée, avec les prestataires d'enlèvement et de traitement, avec les ministères signataires et avec la commission consultative pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux perforants produits par les patients en autotraitement.

[Avis du Haut Conseil de la santé publique](#) relatif à la définition de l'obligation vaccinale dans un cadre indemnitaire en date du 13 décembre 2011 (Sécurité sanitaire – Maladies transmissibles – Obligation vaccinale – Cadre indemnitaire) - L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) souhaitait connaître dans le cadre de sa politique indemnitaire à l'égard des vaccinations obligatoires que soit précisées les circonstances dans lesquelles l'administration d'un vaccin doit être considéré comme réalisée dans le cadre de l'obligation vaccinale au sens de l'article L. 3111-9 du Code de la santé publique. La secrétaire d'Etat à la santé a alors saisi de cette question le Haut Conseil de la santé publique le 31 août 2011 qui a émit des recommandations en la matière. Le HCSP préconise notamment que l'obligation vaccinale soit reconnue tant en population générale qu'en milieu professionnel.

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

[Tribunal administratif de Limoges, 3 novembre 2011, n° 09022183](#) (Maltraitance – Signalement) - En l'espèce, en août 2007, des parents ont conduit leur enfant âgé de deux mois au service des urgences d'un centre hospitalier universitaire (CHU) suite à un gonflement de la jambe gauche. Le CHU a diagnostiqué une fracture du tibia gauche et a effectué un signalement de suspicion de maltraitance auprès du procureur de la République. Cette démarche a conduit au placement de cet enfant auprès des services de l'aide sociale à l'enfance début septembre 2007. En février 2008, un autre établissement public de santé a diagnostiqué chez ce jeune patient la « maladie des os de verre ». Ce diagnostic a conduit à la mainlevée du placement de l'enfant auprès des services de l'aide sociale à l'enfance et à ce qu'il soit rendu à ces parents le 25 mars 2008. Les parents de cet enfant ont demandé la condamnation du CHU en raison des préjudices causés pour eux-mêmes et pour leur enfant par le signalement et par le défaut de diagnostic de la pathologie dont souffrait ce bébé.

En premier lieu, le tribunal administratif a relevé « qu'il appartient à la juridiction administrative de connaître des demandes tendant à la mise en cause de la responsabilité des établissements publics hospitaliers à raison des dommages causés par leur activité médicale et des actes qui s'y rattachent » en précisant que « la transmission au procureur de la République des informations recueillies à l'occasion de cette activité n'a pas, par elle-même, pour effet d'ouvrir une des procédures relevant du service public de la justice ».

En second lieu, les juges ont considéré que la responsabilité du CHU était engagée au motif que « si l'erreur de diagnostic ne saurait être regardée en l'espèce comme constituant, à elle seule, une faute compte-tenu de la difficulté de poser un diagnostic d'ostéogenèse imparfaite sur un nouveau-né », « le service hospitalier ne s'est toutefois pas entouré de toutes les précautions, en ne procédant pas à l'analyse des antécédents familiaux de ce enfant., qui auraient pu permettre de lever les hésitations dans l'établissement du diagnostic posé dans le cas de ce nourrisson ». Le tribunal a ainsi estimé que la démarche médicale n'a pas été entourée de la mise en œuvre de tous les moyens qui auraient permis de limiter les risques d'erreur de diagnostic et qu'il en a découlé un signalement de maltraitance infondé et à tout le moins hâtif. Le tribunal a condamné le CHU à verser aux parents une somme de 10 000€ chacun et une somme de 5000€ au nourrisson en réparation de leur préjudice moral lié en particulier à une séparation du foyer familial pendant plus de six mois.

P É N A L

[Cour de cassation, 13 décembre 2011, n°11-82313](#) (Homicide involontaire - médecin accoucheur) - Lors d'un accouchement, une sage femme constate un ralentissement des battements de cœur du fœtus et appelle sans délai le praticien qui a procédé à l'accouchement à l'aide d'une ventouse obstétricale. L'enfant, née avec un rythme cardiaque faible et cyanosée est décédée 4 jours après sa naissance.

A l'issue d'une information judiciaire, M. K, médecin accoucheur, a été renvoyé du chef d'homicide involontaire devant le Tribunal correctionnel qui l'a déclaré coupable ; le prévenu a relevé appel de cette décision devant la Cour d'appel qui a confirmé le 1er jugement et l'a condamné à 10 000 euros d'amende, six mois d'interdiction professionnelle et s'est prononcée sur les intérêts civils (25 000 euros pour chacun des parents). M. K forme alors un pourvoi en invoquant une violation de l'article 123 du Code pénal pour les motifs suivants : d'une part, la cour n'a pas caractérisé un manquement flagrant aux règles de l'art en vigueur à l'époque des faits ; d'autre part, le lien de causalité certain et direct entre la faute prétendue et le décès de l'enfant n'est pas établi, dans la mesure où il n'est pas prouvé qu'une césarienne aurait permis d'éviter le décès.

La Cour de Cassation rejette son pourvoi et considère que la Cour d'appel a parfaitement justifié sa décision : "*Attendu que, pour confirmer le jugement, l'arrêt, après avoir énoncé que, selon les experts, l'enfant est décédée d'un œdème cérébral majeur avec hémorragie durale et hémorragie méningée dues à une souffrance fœtale aiguë par anoxie, retient que dans un contexte alarmant de grave défaut d'oxygénation du fœtus, M. K s'est non seulement abstenu de pratiquer une césarienne mais a eu recours à l'usage d'une ventouse obstétricale pendant une durée excessive, ce choix étant la cause directe de la souffrance fœtale aiguë qui a engendré le décès*".

T U T E L L E S

[Cour d'appel de Dijon, 9 novembre 2011, n° 11-00606](#) (Tutelle – Curatelle – Hospitalisation à la demande d'un tiers – Compétences du tuteur et du curateur) - Cet arrêt considère que le tuteur ou le curateur ne peut mettre en œuvre seul une hospitalisation à la demande d'un tiers urgente sur le fondement de l'article 459 alinéas 3 et 4 du Code civil dès lors qu'il n'a été investi d'aucune mission de protection de la personne par le juge des tutelles à l'ouverture de la mesure de tutelle ou de curatelle ou ultérieurement. L'autorisation de ce juge est par conséquent nécessaire. Les juges du fond portent une attention particulière à la date à laquelle le curateur ou le tuteur a été investi de la mission de protection de la personne. Ils estiment en effet qu'à défaut d'avoir été investi de cette mission avant 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, entrée en vigueur le 1er août 2011, un curateur ou un tuteur ne pouvait former une demande d'hospitalisation d'une personne protégée atteinte de troubles mentaux qu'en agissant à titre personnel, en tant que « personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celle-ci ». La cour d'appel précise ainsi que « la loi du 5 juillet 2011 a posé le principe selon lequel le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci » et qu'il en résulte qu'avant sa date d'entrée en vigueur, « le curateur qui n'avait pas eus qualité la possibilité de demander l'admission en soins psychiatriques sur le fondement de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, ne pouvait faire application des dispositions spécifiques à la protection de la personne que s'il avait été chargé au préalable d'une mission de protection de la personne, conformément à l'article 425 du Code civil ».

PUBLICATIONS AP-HP

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

