

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

Du 3 au 17 juillet 2013

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Personnel	<a href="#">page 3</a>
Patient Hospitalisé	<a href="#">page 6</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 7</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 7</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 9</a>
Informatique	<a href="#">page 12</a>
Publications	<a href="#">page 14</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Camille FAOUR**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Permanence des soins - Médecins libéraux

[Arrêté du 18 juin 2013](#) relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé – Cet arrêté vient préciser le montant de l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé. Il est prévu que les médecins transmettent les tableaux mensuels de gardes et d'astreintes réalisées au directeur d'établissement, au responsable du réseau de permanence des soins de l'établissement et, le cas échéant, au président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale. Est annexé à cet arrêté un modèle de contrat tripartite qui doit être conclu entre l'agence régionale de santé, l'établissement et la CPAM pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins. Ce contrat définit les engagements, obligations et modalités de mise en œuvre de la mission de service public définis au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens exécutés au sein de l'établissement.

### Sécurités techniques à l'hôpital - Appareils à pression

[Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013](#) relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare – Ce décret a pour objet de prévoir des mesures spécifiques de protection aux risques biologiques liés aux objets perforants par transposition de la directive 2010/32/UE portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM (Association européenne des employeurs hospitaliers) et la FSESP (Fédération syndicale européenne des services publics). Il corrige également à cette occasion des erreurs de codification de dispositions du code du travail relatives aux risques électriques et au risque hyperbare.

### Objectif quantifié national - Campagne tarifaire – Année 2013

[Instruction n° DGOS/R1/2013/257 du 25 juin 2013](#) relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire régionale des établissements de santé financés sous OQN (Objectif quantifié national) - Cette instruction décrit les conditions de mise en œuvre de la campagne pour 2013 ainsi que le cadre réglementaire dans lequel doit s'inscrire la fixation de nouveaux tarifs. Sont également rappelées les modalités pratiques permettant le financement des praticiens salariés. Sur ce point l'instruction précise que « conformément aux dispositions de l'article L.162-26-1 du code de la sécurité sociale, dans le cas où les tarifs de l'établissement n'incluent pas le financement des praticiens salariés (absence de forfait « SSM » ou prix de journée excluant la part du salariat), les actes de ces praticiens, en lien avec une prestation d'hospitalisation, peuvent être facturés sous le numéro finess de l'établissement de santé. Pour ce faire, et conformément à la circulaire CNAMTS du 3 janvier 2012, cette possibilité doit être expressément prévue par l'avenant tarifaire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement concerné. »

## **Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) – Organisation – Fonctionnement – PASS polyvalentes – Financement – Enquête nationale**

[Circulaire n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013](#) relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) – Cette circulaire a pour objet de fournir un référentiel pour les permanences d'accès aux soins de santé et une base de recueil d'informations sur les PASS pour les agences régionales de santé.

## **PERSONNEL**

### **Fonction publique hospitalière - Personnels de direction**

[Décret n° 2013-609 du 10 juillet 2013](#) modifiant le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière – Ce décret vient modifier les statuts particuliers du corps des directeurs d'hôpital et du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. S'agissant du corps des directeurs d'hôpital, le décret ouvre la possibilité de reporter des places non pourvues entre les deux concours (externe et interne). Pour l'ensemble des deux corps, le dispositif de recherche d'affectation, est précisé (notamment le contenu du projet personnalisé d'évolution professionnelle). Au cours de cette période de recherche d'affectation, le directeur général du CNG adresse au fonctionnaire des propositions d'offres d'emploi public fermes et précises. Le fonctionnaire qui n'a pu se voir proposer trois offres d'emploi avant la fin de sa période de recherche d'affectation est maintenu dans cette situation, pour des durées ne pouvant excéder six mois, après avis de la commission administrative paritaire nationale.

### **Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier – Catégorie C - Grade – Echelon**

[Décret n° 2013-585 du 4 juillet 2013](#) relatif à la création d'un huitième échelon dans les grades dotés de l'échelle 6 de la catégorie C de la fonction publique hospitalière et d'un douzième échelon dans le grade du corps des moniteurs d'atelier - Ce décret vient supprimer le contingentement de l'accès à l'échelon terminal de l'échelle 6 de rémunération de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. Il permet aux agents du corps des moniteurs d'atelier d'avoir accès à un nouvel échelon similaire dans leur propre grille indiciaire. Ainsi, un huitième échelon est créé en lieu et place de l'échelon spécial dans l'échelle 6 de rémunération de la catégorie C et un douzième échelon est créé dans le grade unique du corps des moniteurs d'atelier. La durée moyenne et la durée minimale du temps passé dans le 7e échelon pour l'échelle 6 et dans le 11e échelon du grade de moniteur d'atelier sont fixées respectivement à quatre et trois ans.

### **Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier – Classement indiciaire**

[Décret n° 2013-586 du 4 juillet 2013](#) modifiant le décret n° 2007-842 du 11 mai 2007 relatif au classement indiciaire applicable aux moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière - Ce décret vient modifier le classement indiciaire applicable au corps des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière. Ainsi le décret porte l'indice sommital du grade unique du corps des moniteurs d'atelier à l'indice brut 499.

### **Fonction publique hospitalière - Corps des personnels administratifs de catégorie B – Examens professionnalisés**

[Arrêté du 18 juin 2013](#) pris en application de l'article 8 du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 et fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des examens professionnalisés réservés pour l'accès aux corps des personnels administratifs de catégorie B de la fonction publique hospitalière – Cet arrêté précise que les examens professionnalisés réservés pour l'accès à la classe normale ou à la classe supérieure des corps des personnels administratifs de catégorie B de la fonction publique hospitalière sont ouverts, dans chaque établissement par l'autorité investie du pouvoir de nomination qui fixe la date de clôture des inscriptions, la date des épreuves et le nombre d'emplois offerts dans le cadre de ces recrutements par corps, grade et branche.

Les branches susceptibles d'être ouvertes à ces examens professionnalisés sont, pour le corps des adjoints des cadres hospitaliers, la branche « gestion économique, finances et logistique » et la branche « gestion administrative générale » et, pour le corps des assistants médico-administratifs, la branche « secrétariat médical » et la branche « assistance de régulation médicale ».

### **Fonction publique hospitalière - Moniteurs d'atelier - Catégorie C- Echelonnement indiciaire**

[Arrêté du 4 juillet 2013](#) modifiant l'arrêté du 3 décembre 2008 fixant l'échelonnement indiciaire des grades et emplois de la catégorie C et l'arrêté du 21 août 2007 relatif à l'échelonnement indiciaire des moniteurs d'atelier de la fonction publique hospitalière

### **Fonction publique hospitalière - Concours - Corps des attachés d'administration hospitalière**

[Arrêté du 28 juin 2013](#) pris en application de l'article 8 du décret n° 2013-121 du 6 février 2013 et fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale des concours réservés pour l'accès au corps des attachés d'administration hospitalière – Cet arrêté précise que les recrutements réservés pour l'accès au grade d'attaché du corps des attachés d'administration hospitalière sont ouverts, dans chaque établissement par l'autorité investie du pouvoir de nomination qui fixe le nombre d'emplois offerts dans le cadre de ces recrutements. Lorsque l'établissement n'est pas organisateur du concours, la date de clôture des inscriptions et la date des épreuves sont fixées par le directeur de l'établissement chargé par le directeur général de l'agence régionale de santé d'organiser le concours au niveau départemental ou régional. Les avis annonçant les concours réservés sont affichés deux mois avant la date des épreuves, de manière à être accessibles au public, dans les locaux de l'établissement ainsi que, le cas échéant, sur le site internet de l'établissement.

Est annexée à cet arrêté un dossier de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP). Ce dossier permet au candidat de valoriser les différentes étapes de sa carrière professionnelle ainsi que l'expérience professionnelle acquise dans l'exercice de ses fonctions antérieures au concours.

## Etablissements publics de santé – Praticiens – Concours

[Arrêté du 27 juin 2013](#) modifiant l'arrêté du 29 juin 2007 pris en application des articles R. 6152-301 et suivants du code de la santé publique et relatif à l'organisation des épreuves du concours de praticien des établissements publics de santé - Ce texte modifie certaines modalités pratiques relatives au concours de praticien hospitalier. Est notamment supprimée la disposition qui prévoyait que « *pour la pharmacie et pour la psychiatrie, à titre dérogatoire et jusqu'en 2011, le jury comporte six membres par tranche de cinquante candidats inscrits, conformément à l'article 26 du décret du 5 octobre 2006* ». En outre, le nombre de suppléants du jury passe du triple au double de celui des titulaires.

## Formation - Diplômes - Personne spécialisée en radiophysique médicale

[Arrêté du 1er juillet 2013](#) modifiant l'arrêté du 7 février 2005 fixant la liste des diplômes compatibles avec l'exercice des missions de la personne spécialisée en radiophysique médicale et permettant l'inscription à la formation spécialisée prévue à l'article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2011 - Ce texte vient remplacer les dispositions fixant la liste des diplômes compatibles avec l'exercice des missions de la personne spécialisée en radio physique médicale et permettant l'inscription à la formation spécialisée prévue à l'arrêté du 6 décembre 2011 relatif à la formation et aux missions de la personne spécialisée en radiophysique médicale.

## Médecin - Condamnation pénale - Exercice professionnel - Condition de moralité - Tableau de l'Ordre des médecins - Radiation - Insuffisance de motivation

[Conseil d'Etat, 27 juin 2013, n° 355047](#) - En 2009, le docteur X. a été condamné, notamment, à une peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant cinq ans. Le pourvoi qu'il a formé a été rejeté par la Cour de cassation. Suite à cette condamnation, le conseil départemental de l'ordre des médecins compétent a radié le docteur X. du tableau de l'ordre, « *au motif qu'il ne remplissait plus la condition de moralité publique* ». M. X. a contesté cette décision auprès du conseil régional de l'ordre des médecins, puis du conseil national, qui ont respectivement rejeté ses recours et confirmé sa radiation du tableau.

Le Conseil d'Etat commence par rappeler qu'en « *vertu de l'article 1er de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs, les décisions administratives, qui abrogent la décision créatrice de droit d'inscription au tableau de l'ordre, doivent être motivées* ». C'est pourquoi « *il revient au Conseil national de l'ordre des médecins, saisi d'un recours administratif constituant un préalable obligatoire à la contestation juridictionnelle d'une décision de radiation administrative du tableau, d'arrêter définitivement la position de l'ordre ; qu'il s'ensuit que sa décision se substitue à la décision contestée et doit par suite être motivée en exposant les raisons de fait et de droit qui la justifient* ».

Le Conseil d'Etat décide que « *par la décision contestée, le conseil national s'est borné à faire référence à la décision du juge pénal ; qu'étant donné que l'interdiction d'exercer la médecine pendant cinq ans prononcée par le juge pénal ne nécessitait pas de mesure de radiation administrative du tableau de l'ordre pour être exécutée, le conseil national n'a pas suffisamment motivé sa décision faute d'exposer les circonstances de droit et de fait qui justifiaient, selon lui, que le Dr X. fût radié du tableau de l'ordre des médecins ; que, dès lors, M. X. est fondé à en demander l'annulation pour excès de pouvoir* ».

## Irrespect des règles d'exécution des dépenses - Convention de coopération internationale – Appareil IRM – Absence de délibération – Conseil d'administration – Régime indemnitaire – Avantage injustifié – Recrutement – Praticien contractuel

[Cour de discipline budgétaire et financière, 17 juin 2013, n° 189-683](#) - En l'espèce, un directeur d'hôpital est condamné à payer une amende de 1000 euros pour de nombreuses infractions aux règles d'exécution des dépenses d'un établissement public de santé : il est notamment reproché à M. X d'avoir signé de sa seule initiative deux conventions visant à l'exploitation commune d'un appareil IRM alors que celles-ci auraient exigé une délibération du Conseil d'administration de l'établissement public de santé. Le fait d'avoir poursuivi pendant plusieurs années l'exécution de ces conventions passées dans des conditions irrégulières, faisant supporter à l'établissement de santé des frais de maintenance de l'appareil et des frais d'actes que la caisse primaire d'assurance maladie refusait de prendre en charge, constitue une infraction aux règles d'exécution des dépenses du centre hospitalier sanctionnée par l'article L. 313-4 du code des juridictions financières. Il lui est également reproché d'avoir institué des indemnités à six agents, indemnités dépourvues de tout fondement législatif ou réglementaire, la seule décision du directeur de l'établissement étant illégale puisque ce dernier n'avait pas compétence pour instituer de telles indemnités. Pour autant, la Cour de discipline budgétaire et financière considère que « *le défaut de réaction de l'autorité de tutelle face au versement irrégulier d'indemnités dites de congé RTT est de nature à atténuer la responsabilité de M. X* ».

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Semaine de la sécurité des patients – Année 2013 – Concours vidéo – Appel à projets

[Instruction n° DGOS/PF2/2013/254 du 24 juin 2013](#) relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2013 - Cette instruction précise les modalités d'organisation, pour la troisième année consécutive, par la DGOS de la semaine de la sécurité des patients du 25 au 29 novembre 2013. La Semaine de la sécurité des patients a pour objectif de favoriser la communication sur la sécurité des soins et de mettre en avant le dialogue entre les usagers et les professionnels de santé. Cette année, un effort particulier est porté à l'implication des professionnels de santé libéraux et de leurs patients, ainsi qu'aux problématiques des liens entre la ville et l'hôpital.

### Mineurs et jeunes majeurs isolés – Etrangers – Prise en charge

[Circulaire du 31 mai 2013](#) relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation – Cette circulaire précise que la France accueille sur son sol plusieurs milliers de jeunes étrangers isolés, mineurs et jeunes majeurs.

Ces jeunes privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille relèvent de la compétence des départements dès lors qu'ils entrent dans le droit commun de la protection de l'enfance. Cette circulaire a pour objet de préciser les « modalités d'organisation retenues : pour limiter autant que faire se peut les disparités entre les départements s'agissant des flux d'arrivée des jeunes, / pour apporter aux jeunes toutes les garanties liées à la nécessaire protection de leur intérêt et au respect de leurs droits, et pour sécuriser leur statut, / pour harmoniser les pratiques des départements lors de la période de mise à l'abri, évaluation et orientation des jeunes, cette période étant destinée à s'assurer de leur minorité et de leur situation d'isolement sur le territoire français, conditions de leur prise en charge dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. »

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Dompage médical - faute du patient - responsabilité

[Cour Administrative d'Appel de Nancy, 13 juin 2013, n°12NC01478](#) - Le 31 janvier 2005, Mme X est prise en charge au sein d'un centre hospitalier, pour une blessure de la face palmaire des 4ème et 5ème doigts de la main droite avec section des tendons fléchisseurs. Il résulte notamment de l'expertise ordonnée en première instance que seul le tendon profond de l'annulaire a été suturé et « *qu'en méconnaissance des règles de l'art, le praticien n'est intervenu ni sur le tendon superficiel du 4ème doigt, ni sur le tendon profond du 5ème doigt* » ; « *par ailleurs, l'immobilisation des doigts mise en place après l'intervention était inadaptée tant dans sa position que dans sa durée ; les fautes, au demeurant non contestées ainsi commises dans la prise en charge de Mme X sont de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ». Pour autant, la Cour administrative d'appel de Nancy considère que le centre hospitalier n'est responsable que de 40% des préjudices subis par l'intéressée : en effet, la Cour précise que « *les erreurs commises dans la prise en charge de la patiente ont permis un lâchage des sutures et ainsi entraîné une perte de chance, pour la patiente, d'obtenir une consolidation satisfaisante de son état ; que, toutefois, compte tenu de sa gravité, la blessure initiale présentée par Mme X aurait, dans tous les cas, laissé des séquelles à la requérante ; que les conséquences dommageables de la blessure ont également été aggravées par l'attitude de Mme X qui n'a pas respecté les consignes strictes d'immobilisation des doigts préconisée par le chirurgien (...)* ».

## ORGANISATION DES SOINS

### ANAP – Chirurgie ambulatoire - Chirurgie conventionnelle – Evaluation économique

[Guide ANAP](#) « Outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA) – Juillet 2013 – L'ANAP vient de mettre en ligne un outil prospectif d'évaluation économique relatif à l'ambulatoire (OPEERA). « OPEERA est un outil prospectif qui permet d'objectiver les conditions requises, sur un plan économique, pour développer la chirurgie ambulatoire via la substitution d'actes de chirurgie conventionnelle par la chirurgie ambulatoire. » L'ANAP précise que cet outil s'adresse aux représentants des directions et présidents de CME d'établissements sanitaires MCO, publics, privés ou privés d'intérêt collectif ayant pour projet le développement de leur activité de chirurgie ambulatoire. Deux guides accompagnent cet outil.

## Traitement du cancer - Radiothérapie - Autorisation d'activité - Période estivale - Continuité des soins - Agence régionale de santé (ARS)

Instruction n°DGOS/R3/2013/263 du 20 juin 2013 relative à l'organisation du traitement du cancer par radiothérapie pendant les périodes estivales - La direction générale de l'offre de soins (DGOS) sensibilise les établissements de santé autorisés pour la radiothérapie à se montrer vigilants quant à l'organisation de la prise en charge durant la période estivale. Il leur revient d'assurer « *si besoin en lien avec d'autres centres de radiothérapie du territoire, de la région, voire par exception d'une région limitrophe, la continuité des traitements de radiothérapie en cours* ». En toute hypothèse, un médecin spécialiste en radiothérapie et une personne spécialisée en radiophysique médicale doivent être effectivement présents dans le centre pendant les traitements, "les dispositions transitoires de 2009 n'étant plus en vigueur". Dès lors, « *si la période estivale entraîne une situation de fragilité pour un centre de radiothérapie eu égard au respect du critère d'agrément précité trois organisations sont désormais possibles* :

- la formalisation d'une convention de coopération avec un autre centre de radiothérapie en vue d'une mise à disposition effective d'un personnel en radiophysique médicale ;
- la diminution de la plage horaire du centre de radiothérapie, avec le transfert de l'activité non prise en charge vers d'autres structures de radiothérapie afin d'assurer une continuité des traitements en cours ;
- la fermeture temporaire du centre avec le transfert de l'activité vers d'autres structures de radiothérapie afin d'assurer une continuité des traitements en cours ».

Des inspections et des suspensions d'autorisations pourront être prononcées par les ARS. Les services de la DGOS devront chaque année être informés « *pour le 15 octobre de l'état des lieux et des mesures réalisées* ».

## Urgences - Plans d'actions régionaux - Accessibilité - Saturation des urgences - Gestion des lits – Aval

Instruction n° DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013 relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences - Suite à l'engagement du Gouvernement de « *placer les urgences hospitalières au cœur de ses actions* », la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) invite les établissements à "produire un plan d'action sur les urgences" pour le 1er octobre 2013, selon les axes et livrables définis par l'instruction. Le plan devra contenir trois volets. Le premier volet, « *accessibilité à des soins urgents* » devra, « *à partir du diagnostic concerté des territoires à plus de trente minutes d'accès de soins urgents* », décrire « *les actions et solutions mises en place ou à mobiliser pour améliorer l'accès de la population à des soins urgents* ». Le deuxième volet, « *traitement de la saturation des urgences* », identifiera "les actions mises en place ou à venir pour améliorer la gestion des flux au sein de l'établissement tout entier et ainsi contribuer à fluidifier l'aval des urgences". Le dernier volet, « *anticipation des situations de tension* », devra mettre en lumière "les outils utilisés pour anticiper les situations de tension des services d'urgences, qu'elles soient liées à des facteurs structurels ou conjoncturels, mais qui fragilisent les conditions d'accueil et de prise en charge des patients et génèrent un sentiment de dégradation des conditions de travail chez les professionnels ». L'instruction présente en annexe la feuille de route nationale sur les urgences, ainsi que les modèles de chacun des volets.

## Transport sanitaire - Guide de prise en charge – Réglementation

[Circulaire n°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013](#) relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients - Ce guide, qui se substitue à l'ensemble des textes sur le sujet, a pour objet d'abord de rappeler « la réglementation applicable à la prescription et à la prise en charge des transports de patients, précisant un ensemble de principes généraux et de notions relatifs aux modalités de prise en charge des frais de transports de patients », ensuite de présenter une « synthèse sous forme de tableau présentant les règles de prise en charge en fonction des types de transports ».

## SAMU - Prise en charge tardive - Perte de chance - Défaut d'organisation - Responsabilité hospitalière

[Tribunal administratif d'Orléans, 13 juin 2013, n° 1203053](#) - M. W., âgé de 29 ans, a été pris d'un malaise le matin du 21 avril 2007, suite à un malaise intervenu la veille. Les pompiers ont été contactés à 9h37 et se sont rendus immédiatement sur son lieu de travail. Le SAMU du CHR a été contacté à l'arrivée des pompiers, et une seconde fois à l'arrivée du véhicule de secours et d'assistance aux victimes. A deux reprises, le médecin régulateur a décidé de ne pas proposer de médicalisation, mais a prescrit le transfert du patient au CHR. Pendant le trajet, le patient a été victime d'un arrêt cardio-respiratoire. Une unité du SAMU s'est alors rendue auprès de lui. Il est décédé à 11h55.

Le médecin régulateur du Samu, renvoyé en correctionnel, a été relaxé en 2012 des faits d'homicide involontaire qui lui étaient reprochés, en l'absence de faute caractérisée.

Au regard des expertises, le Tribunal estime que, malgré l'absence d'antécédents et de séquelle après le premier malaise, l'état de santé du patient justifiait une prise en charge médicale urgente afin soit d'écarter le diagnostic d'infarctus du myocarde, soit d'établir au plus tôt le bon diagnostic. Le Tribunal décide que « *en ne décidant pas, dès le premier appel des pompiers, de prendre en charge médicalement par tout moyen [la victime] alors que son état justifiait une intervention de toute urgence, l'attitude du médecin régulateur du Samu révèle l'existence d'une faute dans l'organisation et le fonctionnement de ce service, de nature à engager la responsabilité du CHR A. auprès duquel ce médecin était rattaché* ». En raison de l'absence d'antécédents et des incertitudes qui demeurent, même dans l'hypothèse d'une prise en charge non tardive et adaptée d'un infarctus du myocarde, la juridiction évalue à 50% la perte de chance d'éviter le décès.

# RÉGLEMENTATION SANITAIRE

## Biologie médicale - Laboratoire - Conditions d'ouverture et de fonctionnement - Accréditation

[Fiche pratique DAJ « la réforme de la biologie » Juillet 2013](#) - Cette fiche pratique élaborée par la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP en lien avec la Direction médico-administrative a pour objet de préciser les principales modifications apportées par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale et la Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

## **Amiante – retrait – Encapsulage - Contrôle de la valeur limite d'exposition professionnelle**

[Décret n° 2013-594 du 5 juillet 2013](#) relatif aux risques d'exposition à l'amiante - Une entrée en vigueur différée des dispositions du décret n° 2012-639 du 4 mai 2012 relatif aux risques d'exposition à l'amiante avait été prévue concernant l'obligation de certification des entreprises intervenant dans le domaine du retrait et de l'encapsulage de l'amiante, l'obligation de certification des entreprises effectuant le retrait de l'enveloppe extérieure des bâtiments, et l'obligation d'accréditation, pour l'ensemble du processus d'analyse, des organismes effectuant les mesures de l'empoussièrement.

Ce décret rectifie quelques erreurs matérielles, et reporte cette entrée en vigueur. L'article prévoyant que, pour procéder à la stratégie d'échantillonnage, aux prélèvements et aux analyses, l'employeur fait appel à un même organisme accrédité (article R. 4412-103 du code du travail) entrera en vigueur le 1er janvier 2014 et non le 1er juillet 2013 comme prévu. Les dispositions précisant que pour réaliser les travaux d'encapsulage et de retrait d'amiante, « le donneur d'ordre fait appel à une entreprise justifiant de sa capacité à réaliser ces travaux par l'obtention de la certification délivrée par des organismes certificateurs » (article R. 4412-129 du code du travail) s'appliqueront au 1er juillet 2014 pour les entreprises effectuant le retrait de l'enveloppe extérieure des immeubles bâtis, sous réserve « qu'elles aient déposé leur demande de certification auprès d'un organisme certificateur avant le 31 décembre 2013 ». Pour les entreprises de génie civil, la date à laquelle ces dispositions s'appliqueront n'est pas modifiée et reste fixée au 1er juillet 2014.

## **Amiante – Exposition – Immeubles bâtis – Liste A et B – Rapport de repérage**

[Arrêté du 26 juin 2013](#) modifiant l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif aux critères d'évaluation de l'état de conservation des matériaux et produits de la liste A contenant de l'amiante et au contenu du rapport de repérage et modifiant l'arrêté du 12 décembre 2012 relatif aux critères d'évaluation de l'état de conservation des matériaux et produits de la liste B contenant de l'amiante et du risque de dégradation lié à l'environnement ainsi que le contenu du rapport de repérage – Cet arrêté précise les modalités de réalisation et le contenu attendu du rapport de repérage des matériaux et produits des listes A et B de l'annexe 13-9 du code de la santé publique. Il concerne les propriétaires de tout ou partie d'immeubles bâtis dont le permis de construire a été délivré avant le 1er juillet 1997, qu'ils appartiennent à des personnes privées ou publiques, aux professionnels réalisant les repérages au titre de l'article R. 1334-23 du code de la santé publique.

## Amiante – Matériaux et produits de la liste C – Rapport de repérage

[Arrêté du 26 juin 2013](#) relatif au repérage des matériaux et produits de la liste C contenant de l'amiante et au contenu du rapport de repérage - Cet arrêté a pour objet de préciser les modalités de réalisation et le contenu attendu du rapport du repérage des matériaux et produits de la liste C de l'annexe 13-9 du code de la santé publique. Il s'appliquera aux opérations de repérage pour lesquelles le rapport est transmis au propriétaire postérieurement au 1er juillet 2013. Après avoir défini l'activité de repérage, le texte précise que "préalablement à l'action de recherche, le propriétaire remet à l'opérateur de repérage les rapports concernant la recherche d'amiante déjà établis, les éléments permettant de décrire les ouvrages (plans ou croquis, date de délivrance du permis de construire), les documents et informations dont il dispose, décrivant les produits, matériaux et protection physiques mises en place et les éléments d'information nécessaires à l'accès aux différentes parties de l'immeuble bâti en toute sécurité". Par la suite, l'opérateur de repérage recherche les matériaux et produits de la liste C et "examine de façon exhaustive toutes les parties d'ouvrages qui composent les différentes parties de l'immeuble bâti", avant de définir des « zones présentant des similitudes d'ouvrage ». Il doit veiller à la traçabilité des échantillons et à la cohérence des résultats d'analyse. Dans sa conclusion, « il précise le critère (matériau ou produit qui par nature ne contient pas d'amiante, marquage du matériau, document consulté, résultat d'analyse de matériau ou produit) qui lui a permis de conclure quant à la présence ou l'absence d'amiante ». Figurent enfin en annexe les éléments devant apparaître dans la fiche d'accompagnement des matériaux et produits prélevés pour analyse.

## Santé de la famille, de la mère, de l'enfant - Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

[Arrêté du 28 juin 2013](#) pris en application de l'article L. 2132-3 du code de la santé publique et relatif à la transmission par les services publics départementaux de protection maternelle et infantile d'informations issues des certificats de santé établis en application de l'article R. 2132-2 du même code au ministre chargé de la santé - Ce texte abroge l'arrêté du 26 décembre 2005 et précise en premier lieu que « *les informations contenues dans les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs établis dans les huit jours, neuvième et vingt-quatrième mois suivant la naissance sont transmises par les services départementaux de protection maternelle et infantile* » (PMI) à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), aux agences régionales de santé (ARS), à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et à l'Institut de veille sanitaire (InVS), à des fins de d'études épidémiologiques. Ces informations font l'objet d'un traitement portant sur "*l'exhaustivité des certificats de santé reçus par les services de protection maternelle et infantile* », et ne doivent inclure « *aucune information permettant de lier entre eux les certificats de santé concernant un enfant* ». Les traitements sont supervisés par des médecins désignés respectivement par la DREES, l'INSERM, l'InVS et les ARS. L'arrêté énonce ensuite les informations qui sont enregistrées. Par ailleurs, les services de PMI adressent « *annuellement par voie postale ou par voie électronique sécurisée les données des certificats de santé au titre de l'année écoulée sous forme de fichiers informatiques* » à la DREES, pour constitution du fichier national. Une copie de ce fichier est transmise aux autres acteurs, et les informations reçues détruites. Un « *procès-verbal est établi après constatation de cette destruction par le médecin en charge dans cette direction de la supervision du traitement* ».

## Maladies infectieuses transmissibles - Analyses de biologie médicale – Hépatites

[Arrêté du 5 juillet 2013](#) modifiant l'arrêté du 23 décembre 2010 pris en application des articles R. 1211-14, R. 1211-15, R. 1211-16, R. 1211-21 et R. 1211-22 du code de la santé publique et l'arrêté du 19 septembre 2011 relatif aux conditions d'utilisation d'organes ou de cellules provenant de donneurs porteurs de marqueurs du virus de l'hépatite B

## Haut Conseil de la santé publique (HCSP) – Vaccination – Pneumocoque

[Avis du Haut Conseil de la santé publique 25 avril 2013](#) relatif aux recommandations de la vaccination pour les adultes et les enfants âgés de plus de 2 ans à risque d'infection invasive à pneumocoque - Le Haut Comité de santé publique (HCSP) élargi les recommandations de vaccination contre le pneumocoque chez les personnes de plus de 2 ans. Il recommande que la vaccination contre le pneumocoque soit élargie aux patients souffrant de plusieurs maladies chroniques, parmi lesquelles l'insuffisance rénale.

# INFORMATIQUE

## Systemes d'information hospitaliers (SIH) - Recueil de données - Charges - Ressources - Année 2012

[Instruction n°DGOS/MSIOS/2013/259 du 7 juin 2013](#) relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2012) – « *Le cadre des ressources et des charges SIH correspond à une liste limitative de comptes budgétaires qui peuvent être complétés soit par simple lecture du montant de certains comptes, soit par un retraitement analytique* ». L'objectif de cette analyse consiste à fournir une « *première approche des moyens consacrés par les établissements à leur système d'information* », et à leur permettre « *de disposer d'un référentiel homogène pour suivre l'évolution des dépenses, tant en investissement qu'en exploitation, et des recettes liées aux SIH et accéder à un outil de comparaison d'une année sur l'autre et d'un établissement à l'autre, via l'observatoire des systèmes d'information oSIS* ». Concernant les données recueillies, l'instruction précise que « *la seule modification du fichier de recueil depuis l'année 2012 concerne l'ajout du compte 215 (installations techniques, matériel et outillage industriel)* ». Les données seront renseignées « *sur Ancre, qui donne la possibilité à l'utilisateur de télécharger un fichier de type Excel et de le remplir en interne puis de le télécharger, ou de saisir directement les informations dans un formulaire dédié* », entre le 1er juillet 2013 et le 16 septembre 2013. Pour leur part, les Agences Régionales de Santé (ARS) devront contrôler et valider les données saisies avant le 12 octobre 2013. Enfin, sont présentés en annexe le cadre du recueil des informations des ressources et des charges SIH (charges et produits SIH, emplois et ressources RH, effectifs et rémunérations SIH), un guide d'imputation des charges et ressources SIH, ainsi que les modalités de connexion à Ancre et une notice de saisie des données.

## Systemes d'information – Identification patients – Nom de famille

[Instruction n° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013](#) relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins – Cette circulaire rappelle que le recueil de l'identité est l'une des toutes premières étapes de la prise en charge du patient. *« Seuls le nom de famille (appelé aussi nom de naissance), le sexe et la date de naissance doivent être retenus au titre des traits stricts; et ce pour le sexe masculin comme féminin. Les systèmes d'information doivent intégrer les champs permettant la saisie de ces traits d'identité et leurs moteurs de recherche doivent systématiquement interroger le nom de naissance, et secondairement les différents noms d'usages du patient, tel que le nom marital, le nom usuel s'ils sont recueillis. (...) La Haute Autorité de Santé a érigé l'identitovigilance en pratique exigible prioritaire (PEP) dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, lesquels sont invités à développer en leur sein une politique d'identitovigilance. »*

Cette circulaire préconise l'utilisation du nom de naissance pour une identification sûre. En effet, si le nom de naissance, et la date de naissance sont réellement invariants, le nom usuel du patient, peut changer (mariage, divorce, etc.) favorisant la création de doublons d'identité. Sont également préconisés des règles de saisie à appliquer strictement dans les établissements de santé (ex : Utilisation exclusive des majuscules ; les abréviations ne sont pas autorisées...). Ces règles de saisie doivent être intégrées dans la charte d'identitovigilance de l'établissement.

## PUBLICATIONS AP-HP

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

