

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 13 au 29 février 2016

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Fiches pratiques	<a href="#">page 2</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Personnel	<a href="#">page 4</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 9</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 10</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 12</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 13</a>
Sécurité sociale	<a href="#">page 14</a>
Publications	<a href="#">page 15</a>

[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

Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) - Gouvernance - Organisation médicale - Groupements hospitaliers de territoire (GHT) - Contrat de pôle - Chef de pôle - CME - Directoire - Commission des usagers (CDU) – Filiales

Fiche pratique de la DAJ relative à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé « [Gouvernance administrative et médicale à l'AP-HP \(art. 104 et 195 de la loi\)](#) » - Cette fiche pratique rédigée par la Direction des Affaires juridiques de l'AP-HP explicite les différentes dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé qui concernent la gouvernance administrative et médicale.

### ORGANISATION HOSPITALIÈRE

CHU – Participation – Filiales

[Décret n° 2016-211 du 26 février 2016](#) relatif aux filiales et aux prises de participation des centres hospitaliers universitaires - L'article L. 6145-7 du code de la santé publique autorise les centres hospitaliers universitaires, sur délibération du conseil de surveillance et après approbation du directeur général de l'agence régionale de santé, à créer des filiales et à prendre des participations pour assurer des prestations de services et d'expertise à l'international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter les brevets et licences.

Le décret précise la nature juridique des filiales ainsi que le champ matériel de ces filiales et des prises de participation. Il définit également les conditions dans lesquelles les conseils de surveillance pourront délibérer sur la création de filiales ou la prise de participation ainsi que les critères sur lesquels s'appuiera le directeur général de l'agence régionale de santé pour approuver cette délibération ou s'y opposer. Le décret indique par ailleurs que le directeur général du centre hospitalier universitaire représente l'établissement, ou se fait représenter, au sein des organes de surveillance des filiales ou des sociétés au capital desquelles le centre hospitalier participe. Le centre hospitalier universitaire, son conseil de surveillance ainsi que le directeur général de l'agence régionale de santé sont tenus informés de la stratégie de développement des filiales et sociétés.

[Arrêté du 26 février 2016](#) pris en application du décret relatif aux filiales et aux prises de participation des centres hospitaliers universitaires – Cet arrêté précise que les centres hospitaliers universitaires autorisés à créer des filiales et à prendre des participations doivent remplir les critères financiers cumulatifs suivants : « 1° Le total des produits du compte de résultat principal est supérieur ou égal à 500 millions d'euros ; 2° Le compte de résultat principal présente un résultat excédentaire ou un déficit inférieur à 1 % des produits ; 3° Une durée apparente de la dette inférieure à dix ans calculée selon les modalités fixées dans l'arrêté du 7 mai 2012 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

*L'examen de la situation de l'établissement au regard des critères mentionnés ci-dessus est établi par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en s'assurant qu'ils sont remplis pour chacun des deux exercices qui précèdent la création de filiale ou la prise de participation. Le directeur général de l'ARS établit le calcul de ces deux indicateurs après vérification de la sincérité des inscriptions de charges et de produits. »* Il est également précisé que le conseil de surveillance du CHU délibère sur la création de filiales ou la prise de participations à l'appui d'un certain nombre de documents : « 1° Le projet de convention mentionné à l'article R. 6145-79 du même code pour les créations de filiales ; 2° Un rapport du directeur général du centre hospitalier universitaire exposant les principales motivations de l'établissement pour créer une filiale ou prendre des participations ; 3° Le programme d'activités des sociétés pour les trois années à venir, comportant notamment pour les activités à l'international les zones géographiques prioritaires d'intervention des sociétés ; 4° Les comptes prévisionnels des sociétés pour les trois années à venir ;

5° L'état prévisionnel des effectifs des sociétés en équivalent temps plein, faisant apparaître une estimation du coût global des rémunérations. Cet état prévisionnel précise notamment les effectifs détachés du centre hospitalier universitaire ; 6° le projet de statut ou le statut des sociétés. »

## Prestations d'hospitalisation – Forfaits - Activités de SSR – Psychiatrie

[Arrêté du 25 février 2016](#) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code - Ce texte, qui entre en vigueur le 1er mars 2016, abroge l'arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code.

## Etablissement de santé – Forfait – Médecine – Obstétrique – Odontologie – HAD

[Arrêté du 25 février 2016](#) modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

## Haut Conseil de la santé publique (HCSP) - Cigarette électronique – Bénéfices-risques



[Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale](#) – 22 février 2016 – « À la suite d'une publication de *Public Health England* plutôt favorable à la cigarette électronique, certains professionnels de santé français ainsi qu'une association d'utilisateurs de cigarette électronique ont médiatiquement demandé son intégration en tant qu'outil de sevrage et de réduction des risques au sein du Programme national de lutte contre le tabagisme. La Direction générale de la santé (DGS) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mild&ca) ont alors conjointement saisi le HCSP le 21 octobre 2015 lui demandant une actualisation de l'avis du 25 avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendus en population générale. »

## PERSONNEL

Observatoire de la laïcité – Etablissement public de santé – Fait religieux – Service public – Neutralité – Etudiants – Prosélytisme – Clause de conscience – Aumônier – Alimentation – Refus de soins – Rite funéraire – Pratique du culte



[Guide de l'Observatoire de la laïcité](#) : « Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé » - « *Après avoir auditionné les acteurs de terrain, l'Observatoire de la laïcité fait le constat de la nécessité de porter à la connaissance des personnels et des patients les règles qui découlent du principe de laïcité. Il constate également un besoin de formations sur les questions de laïcité et de gestion du fait religieux dans le secteur hospitalier. Face aux difficultés pratiques, l'Observatoire de la laïcité a souhaité établir un guide rappelant les réponses, encadrées par le droit, aux cas concrets relevant du principe de laïcité dans les établissements publics de santé, tant pour les personnels que pour les usagers* ». Ce guide comporte trois parties : la laïcité concernant les professionnels de santé, notamment les étudiants, la réglementation relative aux aumôniers et la gestion du fait religieux concernant les patients (alimentation, libre choix du médecin, refus de soins, rites funéraires, pratique du culte et interdiction du prosélytisme).

Personnel médical – Prolongation d'activité – Cumul emploi retraite – Loi de modernisation de notre système de santé

[Instruction n° DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016](#) relative à la mise en œuvre des dispositions de l'article 141 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précisant les modalités d'allongement de la prolongation d'activité des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers – Les articles 141 et 142 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé ont modifié le régime de la prolongation d'activité et de cumul emploi retraite des personnels médicaux des établissements publics de santé. L'instruction précise que la disposition législative relative à la durée maximale de la prolongation d'activité (article 141) étant « *d'application directe, il n'est pas nécessaire d'attendre la parution* » du décret d'application attendu « *pour mettre en œuvre l'allongement de la durée maximale de la prolongation d'activité. Les praticiens d'ores et déjà engagés dans le dispositif de prolongation d'activité au moment de l'entrée en vigueur de la loi, qui sont de facto des praticiens nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1951, peuvent bénéficier de cette mesure sans délai, dans le cadre du décret n° 2005-207; la durée maximale applicable à leur situation sera de 60 mois, incluant la durée déjà effectuée à la date d'entrée en vigueur de la loi* ».

## Acte administratif - Message électronique

[Conseil d'Etat, 3 février 2016, n° 381203](#) - La direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé a fait envoyer, le 16 janvier 2014, par l'équipe en charge de la gestion du réseau des agences régionales de santé (ARS), un message électronique aux directeurs généraux de ces agences relatif à l'inscription des infirmiers au tableau de leur ordre professionnel. Ce message « *rappelait qu'en vertu de la loi, l'inscription au tableau constituait une des conditions d'exercice de la profession et qu'il appartenait aux instances ordinales d'engager des poursuites contre les infirmiers qui ne respectaient pas cette obligation (...) [mais] toutefois qu'en raison de la réflexion en cours sur une évolution législative, à laquelle la ministre chargée de la santé s'était déclarée favorable, les instances ordinales avaient été invitées à " faire preuve de modération " dans leur rappel au respect de cette règle et qu'il n'était " pas demandé aux ARS de relayer sous une forme ou sous une autre ce rappel des règles " ».* Il était également indiqué que « *l'inscription au fichier, dénommé ADELI, de gestion de l'enregistrement et des listes départementales de certaines professions et usages de titres professionnels n'était " pas conditionnée par l'inscription ordinale " et qu'en conséquence les ARS pouvaient y procéder sans exiger au préalable la justification d'une inscription au tableau de l'ordre* ». Le conseil national de l'ordre des infirmiers a demandé l'annulation pour excès de pouvoir de cet acte ainsi que de la décision du 13 mai 2014 par laquelle le ministre en charge de la santé a implicitement rejeté sa demande tendant à ce qu'il soit retiré.

Le Conseil d'Etat rejette la requête du Conseil national de l'ordre des infirmiers en considérant que « *le message litigieux, en tout état de cause, ne concerne pas la question de l'inscription au fichier ADELI des ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et n'exclut pas que cette inscription puisse être subordonnée à une vérification de leurs compétences linguistiques par l'instance ordinale compétente* » et que « *la seule circonstance que le message mentionne que la ministre chargée de la santé s'était déclarée favorable à une évolution des dispositions législatives, afin de rendre facultative l'inscription des infirmiers à leur ordre professionnel, n'est pas de nature à le faire regarder comme entaché d'un détournement de pouvoir* ».

## Fonctionnaire - Suspension – Congé maladie

[Cour administrative d'appel de Nantes, 12 janvier 2016, n° 14NT00126](#) - Le directeur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mis en examen et placé sous contrôle judiciaire le 24 mai 2007, a été suspendu de ses fonctions par arrêté ministériel du 13 juin 2007 au motif que ces mesures lui interdisaient de se rendre dans cet établissement et d'y exercer toute activité professionnelle ou sociale avec des personnes âgées ou handicapées. En janvier 2008, il a été placé en congé de longue maladie par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). Le directeur demande à ce que l'Etat soit condamné à lui verser une somme de 80 000 euros à titre de provision en réparation des préjudices qu'il estime avoir subi en raison des fautes que l'autorité administrative aurait commises en le suspendant de ses fonctions.

La Cour administrative d'appel de Nantes considère que « *la décision portant suspension de fonctions de M. X ne constituait pas une sanction disciplinaire mais une mesure conservatoire prise dans l'intérêt du service. (...) dès lors, il ne peut utilement soutenir que l'autorité administrative aurait méconnu le principe de la présomption d'innocence en prenant une telle mesure sans attendre que les juridictions répressives se soient définitivement prononcées* ». La Cour rappelle également que « *le fonctionnaire qui fait l'objet d'une mesure de suspension est maintenu en position d'activité, a droit en cette qualité à des congés de maladie ou de longue maladie en cas de maladie dûment constatée le mettant dans l'impossibilité d'exercer les fonctions qu'il exercerait s'il n'était pas suspendu et bénéficie du régime de rémunération afférent à ces congés ; qu'en plaçant ce fonctionnaire en congé de maladie ou de longue maladie, l'autorité compétente met nécessairement fin à la mesure de suspension* ». Elle estime ainsi que « *la décision de placement en congé de longue maladie (...) a eu nécessairement pour effet de mettre fin à la suspension* » et que le requérant « *ne peut être fondé à soutenir que la mesure de suspension aurait été illégalement maintenue après l'annulation de sa condamnation [pénale]* ».

**Infirmier - Sage-femme - Assistante social - Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) - Stage - Validation - Droit à pension**

[Conseil d'État, 12 février 2016, n° 382074](#) – Le décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 organise une procédure dite de validation, destinée à permettre à un fonctionnaire titularisé au plus tard le 1er janvier 2013 et affilié à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) de rendre admissibles pour la retraite des services effectués, mais n'ayant pas donné lieu au versement des retenues pour pension au profit du régime de l'agent. Cette validation est subordonnée, côté employeur au profit duquel les services validés ont été effectués, au versement d'une contribution qui présente le caractère d'une dépense obligatoire.

Le même décret distingue cette procédure d'un autre dispositif, qui permet à tout fonctionnaire hospitalier, à sa demande et sur présentation de la copie de son diplôme, de présenter à la CNRACL une demande de rachat de ses périodes d'études accomplies dans les établissements d'enseignement supérieur, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles.

Or, par une délibération du 31 mars 2004, le conseil d'administration de la CNRACL a admis d'étendre le dispositif de validation aux années d'études d'infirmier, de sage-femme ou d'assistant social.

En l'espèce, huit infirmiers d'un hôpital ont donc présenté à la CNRACL des demandes de validation de leurs périodes d'études dans le cadre de la constitution de leurs droits à pension. La CNRACL a fait droit à ces demandes, sur le fondement de la délibération du 31 mars 2004.

La CNRACL a alors rédigé huit factures pour des sommes correspondant aux contributions de l'établissement dues au titre de la validation des périodes d'études de ces agents.

L'hôpital a saisi la CNRACL d'une réclamation, avant de présenter une demande d'annulation des décisions lui réclamant le versement de ces contributions au Tribunal administratif. Par jugement en date du 07 novembre 2012, le Tribunal administratif a rejeté sa demande. Par arrêt du 6 mai 2014, la Cour administrative d'appel a indiqué que les périodes de stages d'infirmiers :

- . ne peuvent pas être regardées comme correspondant à des périodes de services effectués en qualité d'agent non titulaire ;
- . ne sont pas davantage susceptibles de donner lieu au versement d'une contribution par la collectivité auprès de laquelle le fonctionnaire a accompli des services validés ;
- . peuvent en toute hypothèse faire l'objet de rachats en vue de leur prise en compte au titre de la constitution et de la liquidation des droits à pension ou pour obtenir un supplément de liquidation.

Le Conseil d'Etat confirme cette analyse dans sa décision du 12 février 2016. Il décide que « *le conseil d'administration de la CNRACL, qui ne tire d'aucun texte ni aucun principe compétence pour déroger aux dispositions du décret du 26 décembre 2003 fixant les conditions de validation des services effectués par des agents en tant que non titulaires, n'était pas compétent pour décider que les périodes consacrées aux années d'études d'infirmiers pouvaient être regardées, sous certaines conditions, comme des périodes de services effectués en qualité d'agent non titulaire et susceptibles d'être validées en application de l'article 8 du décret du 26 décembre 2003* ».

### **Harcèlement moral – Caractérisation – Agissements répétés de nature unique**

[Cour de cassation, chambre criminelle, 26 janvier 2016, n°14-80455](#) - La chambre criminelle de la Cour de cassation rappelle que « *constitue le délit de harcèlement moral le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale, ou de compromettre son avenir professionnel ; que le délit de harcèlement moral ne suppose pas, pour être caractérisé, une réitération de plusieurs faits de harcèlement de nature différente mais peut être également consommé par l'accomplissement d'un fait de nature unique, dès lors que celui-ci est répété dans le temps* ». En l'espèce, « *la décision de mise à l'écart, ostensible et totale, d'une*

*personne par six de ses collègues de travail, consistant notamment à ne plus lui adresser la parole et à pratiquer à son encontre un ostracisme matérialisé par des brimades, des altercations permanentes et par le refus de lui apporter de l'aide dans l'exercice de sa profession d'aide-soignant caractérise à elle seule, dès lors qu'elle présente un caractère habituel perdurant dans le temps, des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail de la victime, constituant l'élément matériel du délit de harcèlement moral ».*

### Activité libérale – AP-HP - Commission centrale de l'activité libérale (CCAL)



[Rapport 2014 de la commission centrale de l'activité libérale \(CCAL\)](#) – Conformément à l'article R. 6154-11 du Code de la santé publique, la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP présente son rapport pour l'année 2014 qui se compose de deux parties : « *La première est essentiellement descriptive. Elle présente d'un point de vue statistique l'activité libérale exercée à l'AP-HP : nombre, statuts et disciplines des praticiens ayant choisi cet exercice, honoraires perçus et redevances versées. Cette description fait avant tout apparaître une grande stabilité par rapport aux années précédentes : une proportion constante des praticiens autorisés par leur statut et leur discipline à exercer une activité libérale ont effectivement choisi de le faire et continuent de se concentrer dans les disciplines chirurgicales. La seconde partie a pour objet de rendre compte du respect, par ces praticiens de celles des règles applicables à l'exercice de leur activité libérale dont le contrôle ressortit à la compétence des commissions de l'activité libérale. On rappelle qu'en effet, plusieurs corps de règles concourent à ce que l'exercice d'une activité libérale par les médecins qui le souhaitent et qui y ont été autorisés s'effectue sans porter atteinte à l'accès de l'ensemble des patients à des soins d'égale qualité. Ces règles y concourent néanmoins par des voies différentes.* »

### Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) – Emplois médicaux – Parcours des professionnels de santé

[Document de la Drees « Portrait des professionnels de santé »](#) - La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a recensé 187.000 emplois médicaux, y compris les postes d'internes, dans les établissements de santé en 2014, dans un document intitulé « Portrait des professionnels de santé », diffusé à l'occasion de la « Grande conférence de la santé ».



### Personnel – CHU-CHR – Absentéisme

« [Hôpitaux : le palmarès de l'absentéisme](#) » - La Fondation Ifrap, "think tank" spécialisé dans l'analyse des politiques publiques, présente un classement de l'absentéisme dans les hôpitaux de France à la suite de l'analyse des bilans sociaux des centres hospitaliers universitaires pour l'année 2013. S'agissant particulièrement de l'AP-HP : « *Faute d'information détaillée, nous ne pouvons que comparer au taux d'absentéisme global livré pour l'AP-HP : on y constate que toutes catégories confondues, c'est bien dans la filière « soignant » et dans la filière « ouvrier et technique » que les taux d'absentéisme sont les plus élevés. Le taux d'absentéisme global pour 2014 s'établit à 8,52% (motif médical et non-médical) à rapprocher d'un taux d'absentéisme moyen pour les hôpitaux publics de notre échantillon de 7,13% (toutes causes, ensemble du personnel).* »

## Haute Autorité de Santé (HAS) – Conditions de travail – Qualité de vie au travail – Revue de littérature



[Qualité de vie au travail et qualité des soins](#) (HAS) – Revue de littérature - « *La qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins. Elle a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail. Elle met en avant le rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts* ». C'est pourquoi, « *il a paru nécessaire à un moment d'étayer cette conviction par une analyse de la littérature, afin d'en asseoir le fondement scientifique. Cette étude de la littérature explore les travaux menés par des chercheurs de diverses disciplines : épidémiologie, sociologie, sciences politiques, sciences de gestion, santé publique, etc.*

*blique, etc.*

*Cette diversité a permis de mettre en exergue un matériau riche, éclairant l'évolution des conditions de travail de ces 20 dernières années, l'impact des innovations techniques et organisationnelles sur les prises en charge des patients et sur le travail des professionnels, l'impact des réformes, etc.*

*Parmi l'ensemble de ces travaux, certains présentent l'intérêt de se fonder sur une approche positive du travail, construite sur les ressources de l'activité, plutôt que sur les risques, ainsi qu'y invite la notion même de qualité de vie au travail ».*

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Hospitalisation sous contrainte – Femmes - Contrôleur général des lieux de privation de liberté

[Avis du 25 janvier 2016](#) du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à la situation des femmes privées de liberté – « *En 2014, sur 81 209 patients admis en établissement de santé mentale sous le régime de soins psychiatriques sans consentement, 38,21 % étaient des femmes. Les femmes hospitalisées sous contrainte demeurent donc proportionnellement plus nombreuses que dans d'autres lieux de privation de liberté* ». Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté estime en premier lieu que les femmes privées de liberté sont « *discriminées par la répartition géographique des établissements et exclues de certaines structures spécialisées* » : « *les femmes et les hommes doivent disposer d'un égal accès aux soins psychiatriques. Ainsi, le CGLPL recommande que la totalité des SMPR et des UMD du territoire accueille des femmes, à l'instar des UHSA et des UHSI* ». Il évoque en second lieu le fait que le droit à l'accès aux soins spécifiques est « *insuffisamment pris en compte* » et que le droit à la vie privée est « *perfectible* ».

### Soins sous contrainte – Hospitalisation complète – Levée – Statistiques

A small table with multiple columns and rows, likely containing statistical data. The text is too small to read accurately, but it appears to be a summary table of statistics.

[Statistiques en matière de soins sous contrainte](#) – Saisine du juge des libertés et de la détention en 2014 et 2015 – Ce document du pôle d'évaluation de la justice civile (PECS) à la direction des affaires civiles et du Sceau du ministère de la Justice présente les statistiques relatives aux saisines des JLD en matière de soins sous contrainte, pour les années 2014 et 2015. Le nombre global de contrôles judiciaires opérés sur les mesures d'hospitalisations sans consentement passe à 76 676 en 2015 contre 70 807 en 2014. Le pourcentage de mainlevées accordées dans le cadre des contrôles obligatoires augmente de 7,8% (5 144 mainlevées) en 2014 à 8,3% (6 075) en 2015 (+5%).

### Soins psychiatriques sans consentement – Programme de soins – Non-respect – Hospitalisation complète

[Cour de cassation, première chambre civile, 10 février 2016, n° 14-29521](#) - Un patient, M. X., qui n'avait pas respecté un programme de soins, a fait l'objet d'une décision de placement en hospitalisation complète dont il a demandé la mainlevée au juge des libertés et de la détention (JLD). Il reproche à « *l'ordonnance d'autoriser le maintien de cette mesure d'hospitalisation complète, alors, (...) que ni le juge de première instance ni celui d'appel n'ont précisé en quoi concrètement les conditions de fond d'une poursuite de l'hospitalisation complète et sans le consentement de M. X... étaient remplies* ».

Par cette décision, la Cour de cassation considère que « *(...) si une personne ne peut être admise ni maintenue en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, sous la forme d'une hospitalisation complète ou sous une autre forme, qu'à la condition qu'il soit constaté qu'elle souffre de troubles mentaux compromettant la sécurité des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public, les modalités de sa prise en charge peuvent être modifiées, sur proposition du psychiatre qui y participe, pour tenir compte de l'évolution de son état, notamment dans l'hypothèse où la mesure, décidée sous une autre forme que l'hospitalisation complète ne permet plus, du fait du comportement du patient, de lui dispenser les soins adaptés, sans qu'il soit alors nécessaire de constater qu'il a commis de nouveaux actes de nature à compromettre la sécurité des personnes ou à porter atteinte à l'ordre public.* ».

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

**Infection nosocomiale - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) – Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) – Recours subrogatoire – Faute**

[Conseil d'Etat, 17 février 2016, n° 384349](#) - Un patient pris en charge au sein d'un centre hospitalier à la suite d'un accident de la circulation, y a contracté une infection qui a conduit à l'amputation de sa jambe gauche. L'assureur du responsable et la CPAM ont demandé au tribunal administratif de mettre les frais exposés par elles à la charge de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), du centre hospitalier et de son assureur. Ces demandes ont été rejetées en première instance puis en appel.

Le Conseil d'Etat précise alors que « *le recours de la caisse de sécurité sociale, subrogée dans les droits de la victime d'un dommage corporel, s'exerce contre les auteurs responsables de l'accident* ». Si, en application des dispositions du code de la santé publique, l'ONIAM doit indemniser au titre de la solidarité nationale les victimes des infections nosocomiales les plus graves, l'établissement public ne peut être regardé comme le responsable des dommages que ces infections occasionnent. Dès lors, « *la caisse qui a versé des prestations à la victime d'une telle infection ne peut exercer un recours subrogatoire contre l'ONIAM* ».

Par ailleurs, le Conseil d'Etat affirme que les dispositions du code de la santé publique qui organisent le recours subrogatoire de l'ONIAM ayant supporté la réparation des dommages causés par une infection nosocomiale ne s'exerce qu'en cas de faute de l'établissement de santé, « *notamment un manquement caractérisé aux obligations posées par la réglementation en matière de lutte contre les infections nosocomiales* ». Dès lors, « *lorsque le degré de gravité des dommages résultant de l'infection nosocomiale excède le seuil prévu [...], c'est seulement au titre d'une telle faute qu'une caisse de sécurité sociale ayant versé des prestations à la victime peut exercer une action subrogatoire contre l'établissement où l'infection a été contractée* ».

**Dispositif contraceptif – Implantation – Responsabilité – Grossesse non désirée - Préjudice moral**

[Cour administrative d'appel de Versailles, 9 février 2016, n°14VE03025](#) - En l'espèce, Mme X, après la naissance de son second enfant en février 2011, a subi une intervention le 21 juin 2011 en vue de l'implantation dans son bras d'un dispositif contraceptif. Elle a toutefois découvert en août 2011 qu'elle était enceinte. Son troisième enfant est né le 30 mars 2012. La grossesse étant vraisemblablement liée à l'absence d'insertion du dispositif contraceptif dans le bras de la patiente, l'hôpital a commis, selon les juges, une faute de nature à engager sa responsabilité. Le Tribunal administratif de Montreuil a donc, le 16 octobre 2014, condamné l'établissement de santé à payer la somme de 3000 euros à Mme X. en réparation des préjudices psychologiques qu'elle a subis, préjudices liés à la découverte de son état de grossesse et aux choix auxquels il confronte l'intéressée. Mme X. et son mari ont fait appel de ce jugement. La Cour administrative d'appel de Versailles rappelle que « *la naissance d'un enfant, même non désiré, n'est pas génératrice d'un préjudice de nature à ouvrir droit à réparation par l'établissement hospitalier, à moins qu'existent des circonstances ou une situation particulières, susceptibles d'être invoquées par l'intéressée ; qu'il ne résulte pas de l'instruction que M et Mme X, qui n'invoquent, au soutien de leur demande d'indemnisation d'un trouble dans les conditions d'existence, que la nécessité de devoir assurer l'entretien et l'éducation de cette enfant et le stress qui en résulterait, justifieraient de l'existence de circonstances ou d'une situation de cette nature* ».

## Accouchement – Réanimation – Handicap - Responsabilité

[Cour administrative d'appel de Nantes, 18 février 2016, n°14NT02692](#) - Mme X se présente le 12 août 2007 à la maternité d'un CHU pour accoucher de jumeaux. Son accouchement débute par voie basse, comme prévu dans le cadre du suivi intensif de sa grossesse, mais une fièvre maternelle élevée et une tachycardie des deux fœtus impose la réalisation d'une césarienne. Après l'extraction successive des deux enfants, une hémorragie endométriale survient lors du transfert de la patiente en salle de surveillance post interventionnelle. Malgré les soins prodigués, Mme X est victime d'un arrêt cardiaque prolongé et reste depuis lourdement handicapée.

Le tribunal administratif de Rennes a estimé que la responsabilité du CHU devait être engagée et l'a condamné au paiement de sommes importantes. Le compagnon de Mme X fait appel de ce jugement. La cour administrative d'appel de Nantes retient que si « *la prise en charge obstétricale de l'accouchement puis des complications hémorragiques a été conforme aux règles de l'art et aux données acquises de la science, en revanche, en dépit de nombreux soins prodigués à la parturiente, plusieurs manquements ont été relevés dans la prise en charge de sa réanimation postérieurement à l'accouchement par césarienne ; qu'ainsi, l'expertise a mis en évidence une insuffisante surveillance des paramètres hémodynamiques (...). Que, si le CHU fait valoir des difficultés techniques de mesure de la tension artérielle, de telles difficultés n'ont pas été corrigées par la mise en place de techniques de surveillance plus invasives, alors même que les circonstances le justifiaient. Que le rapport d'expertise relève également l'absence de toute thérapeutique efficace du collapsus cardio-vasculaire (...) alors que (...) l'arrêt cardiaque, qui a été précédé d'une grande bradycardie est survenu au terme d'un longs temps de détresse circulatoire (...), le recours aux transfusions sanguines comme l'administration de catécholamines (...) avant l'arrêt cardiaque ayant été trop tardifs* ». Les experts ont ainsi relevé que « *quelle que soit la cause de l'hémorragie, celle-ci et les manquements relevés dans la réanimation maternelle face à l'importance de cette hémorragie sont la cause directe de l'arrêt cardiaque, lui-même à l'origine du handicap de Mme X. (...) Ces manquements, qui ont fait perdre à Mme X. une chance d'échapper à l'évolution de son état de santé et aux dommages qui en ont résulté sont (...) constitutifs de fautes dans la prise en charge médicale de Mme X. de nature à engager la responsabilité du CHU* ». La Cour administrative d'appel invalide donc partiellement le jugement du Tribunal administratif de Rennes et augmente l'indemnisation accordée à la patiente et aux membres de sa famille. Elle condamne notamment le CHU à verser une indemnisation au titres des postes de préjudices suivants : dépenses de santé, pertes de gains professionnels, frais d'aménagement du logement, du véhicule, frais d'assistance par une tierce personne, frais de garde d'enfants mais aussi dépenses futures de santé sur justificatifs, divers frais de maintenance des équipements de son logement et de son véhicule, une rente viagère annuelle pour les frais d'assistance par tierce personne et frais de garde d'enfants, une rente annuelle pour les pertes de revenus futurs. Enfin, sont également pris en compte les préjudices d'affection de plusieurs membres de la famille de Mme X.

## ORGANISATION DES SOINS

### Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) - Expérimentation - Mise en œuvre

[Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016](#) relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – « *La présente instruction vise à préciser le rôle des ARS pour les différentes étapes de l'expérimentation : préparation avec les conseils départementaux d'un appel à candidature précisant notamment l'autorité réceptionnant les dossiers, instruction des dossiers des services candidats à l'expérimentation avec les conseils départementaux, conclusion d'un CPOM avec les services éligibles à l'expérimentation et le conseil départemental, et pilotage et évaluation de l'expérimentation en région* ».

### Maison de santé – Taxe foncière sur les propriétés bâties – Exonération

[Note d'information](#) du 8 février 2016 relative à la loi de finances initiale (LFI) pour 2016 et loi de finances rectificative (LFR) pour 2015 - Cette note d'information comporte « *une série de fiches synthétiques* » présentant « *une vue d'ensemble des principales dispositions intéressant les collectivités locales de la loi de finances pour 2016 et de la loi de finances rectificative pour 2015* ». Plus particulièrement, cette note évoque les « *exonérations au profit des maisons de santé : les collectivités peuvent désormais exonérer de taxe foncière sur les propriétés bâties les locaux appartenant à une collectivité territoriale ou à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) et occupés à titre onéreux par une maison de santé mentionnée à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, et exonérer de taxe d'aménagement les communes maîtres d'ouvrage d'une ou plusieurs maisons de santé* ».

### Plan cancer – 2014 -2019



[2<sup>e</sup> rapport au Président de la république](#) « Plan cancer 2014-2019 » – Février 2016 – « *Dans ce deuxième rapport adressé au Président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du troisième Plan cancer pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires les principales actions réalisées sur l'ensemble du territoire en 2015.* »

### Check-list - Bloc opératoire - Sécurité du patient - 2016



[Check-list](#) Sécurité du patient au bloc opératoire - Version 2016 (HAS) - La Haute Autorité de santé (HAS) livre une troisième version de la Chek-List « Sécurité du patient au bloc opératoire » qui intègre cinq points de vigilance adaptés à la prise en charge du jeune enfant.

## Qualité des soins - Reste à charge – Protection sociale



[Baromètre d'opinion DREES 2015](#) : « Les français sont satisfaits du système de soins, mais restent inquiets de la montée de la pauvreté et de l'exclusion » - « *Depuis 2000, le Baromètre d'opinion de la Drees est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté- exclusion) ainsi que sur les inégalités et la cohésion sociale* ». Pour l'année 2015, cette synthèse présente trois focus : le premier sur le reste à charge ressenti des dépenses de santé, le deuxième sur le fait que les femmes sont plus favorables au développement du système de protection sociale, le dernier sur la perception par les chômeurs et leur entourage de leur situation. De manière générale, la qualité des soins délivrée par les urgences hospitalières « *est jugée moins satisfaisante qu'en médecine de ville* ».

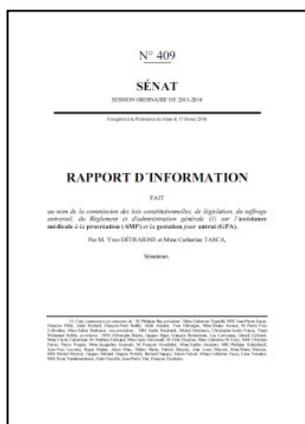
## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Académie nationale de Pharmacie – Traitements médicamenteux – Observance



[Rapport de l'Académie nationale de Pharmacie « Observance des traitements médicamenteux en France »](#) - L'Académie de pharmacie fait, dans un rapport publié la semaine dernière, une série de recommandations à l'intention de l'ensemble des acteurs du système de santé (pouvoirs publics, médecins, hôpitaux, pharmaciens, laboratoires, patients, etc.) afin d'améliorer l'observance aux traitements médicamenteux.

### Assistance médicale à la procréation (AMP) - Gestation pour autrui (GPA) – Rapport d'information



[Rapport d'information](#) n° 409 du 17 février 2016 sur l'assistance médicale à la procréation (AMP) et la gestation pour autrui (GPA) de la Commission des lois constitutionnelles, de la législation, du suffrage universel du Règlement et d'administration générale du Sénat – Ce rapport fait suite aux décisions jurisprudentielles ayant « *fortement remis en cause les limites fixées par le droit français en matière d'assistance médicale à la procréation (AMP) et de gestation pour autrui (GPA)* ». Il constate que les règles de droit interne, qui encadrent strictement l'AMP et prohibent de manière absolue la GPA sont « mises en échec » par le recours à l'étranger de ces techniques procréatives. « *Une fois l'opération réalisée, ces couples reviennent en France et certains revendiquent la reconnaissance de la filiation ainsi établie à l'étranger. Pour les couples de femmes ayant eu recours à une AMP, il s'agit d'obtenir l'adoption de l'enfant par la conjointe de la mère. Dans le cas de la GPA, une fois la filiation entre l'enfant et les parents d'intention établie au regard du droit étranger, les couples ont cherché à en obtenir la transcription à l'état civil français* ». Le droit français « *se trouve alors confronté à une situation légale qu'il n'autorise pas* » ou qu'il interdit expressément. Concernant l'AMP, le rapport préconise de « *conforter le droit de l'AMP en vigueur sans s'opposer à la régularisation de la filiation par l'adoption* », en approuvant « *la solution dégagée par la Cour de cassation dans ses deux avis du 22 septembre 2014 qui permet, de manière pragmatique, d'admettre la demande d'adoption de l'enfant conçu par AMP à l'étranger, déposée par l'épouse de sa mère, sans remettre en cause le droit applicable en matière d'AMP et sans bouleverser les règles d'établissement de la filiation en vigueur* ». Concernant la GPA, le rapport propose de « *renforcer l'effectivité de la prohibition* » de cette technique, sans toutefois porter atteinte « *au droit des familles concernées à une vie familiale normale* ». Notamment, est recommandé de permettre au « *parent d'intention* » de recevoir une délégation d'autorité parentale pérenne.

## Titulaires d'autorisation de mise sur le marché – Médicament et produits de santé – ANSM – Procédures administratives

[Décret n° 2016-183 du 23 février 2016](#) portant simplification des procédures administratives relevant de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans le domaine des produits de santé – Ce décret modifie les procédures d'importation sur le territoire douanier des médicaments destinés à être exportés dans des pays tiers, en supprimant notamment l'obligation d'autorisation d'importation prévue pour les cas de transit ou d'emprunt du territoire douanier de médicaments, en simplifiant et en permettant la dématérialisation des procédures de déclaration et de demande d'autorisation d'importation auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Il simplifie par ailleurs les règles relatives aux substances stupéfiantes et psychotropes, en procédant notamment à un allègement des procédures pour certains opérateurs amenés à réaliser des opérations sur ces substances dans le cadre de leur usage professionnel.

Enfin, le décret prévoit la publication sur le site internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de certaines décisions relatives notamment aux autorisations de mise sur le marché et d'importation parallèle de médicaments, aux autorisations de préparation et de délivrance de certains allergènes, ainsi qu'aux agréments des organismes en charge du contrôle de la qualité externe des dispositifs médicaux.

## Toxicovigilance – Mélanges dangereux – Déclaration – Report – Délais

[Décret n° 2016-196 du 25 février 2016](#) relatif aux délais prévus par l'article 12 du décret n° 2014-128 du 14 février 2014 relatif à la toxicovigilance – Ce décret reporte d'un an, soit au 1er janvier 2017, la date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire prévue à l'article L. 1342-1 du code de la santé publique pour les importateurs ou utilisateurs en aval des mélanges classés, conformément au règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges, dans les catégories suivantes : sensibilisant respiratoire de catégorie 1 ; sensibilisant cutané de catégorie 1 ; cancérogène de catégorie 2 ; mutagène de catégorie 2 ; toxique pour la reproduction de catégorie 2.

# SÉCURITÉ SOCIALE

## Sécurité sociale – Cotisation – Recouvrement

[Décret n° 2016-154 du 15 février 2016](#) fixant la procédure de transaction en matière de recouvrement de cotisations et contributions de sécurité sociale – Ce décret détermine la procédure selon laquelle le cotisant et l'organisme de recouvrement dont il relève peuvent conclure une transaction ainsi que les modalités d'approbation de cette transaction par la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale.

## PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

