

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 28 février 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Patient hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 2
Personnel	page 7
Réglementation sanitaire	page 9
Organisation des soins	page 10
Marchés publics	page 10
Publications	page 11

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

PATIENT HOSPITALISÉ

Information du patient - Communication personnelle

Cour de cassation, 16 janvier 2013, n°12-14097 - Monsieur X prétend que deux médecins radiologues avaient manqué à leur devoir d'information à son égard, pour ne pas lui avoir indiqué, après avoir pratiqué sur lui une radiographie du rachis, que le matériel d'arthrodèse qui avait été posé quelques années auparavant était fracturé.

La Cour d'appel de Rouen avait, le 3 février 2011, rejeté sa demande en relevant que "cette information ressortait des comptes rendus rédigés par les praticiens, mentionnant une solution de continuité sur la tige inférieure droite du matériel pour l'un, sur la branche droite pour le second, le terme voulant dire fracture, rupture, tant dans le langage courant qu'en langage médical" et "les médecins qui rédigeaient leur compte-rendu s'adressaient au médecin prescripteur qui devait revoir ensuite son patient pour examiner avec lui les conséquences des constatations mises à jour par ces examens radiologiques". Pour les juges d'appel, l'information avait bien été donnée au patient.

La Cour de cassation casse cet arrêt et considère que la Cour d'appel "en statuant ainsi, par des motifs impropres à établir que Messieurs Y et Z avaient satisfait à l'obligation, qui leur incombait, et dont la communication du compte-rendu au médecin prescripteur ne les dispensait pas, d'informer M. X sur les résultats de l'examen, d'une manière adaptée à sa personnalité et à son état" n'a pas donné de base légale à sa décision.

La Cour de cassation rappelle donc que l'information due au patient doit lui être transmise personnellement et d'une manière adaptée à sa personnalité

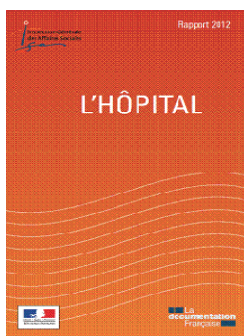
ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissements publics de santé - Etat des prévisions de recettes et de dépenses – EPRD – Exécution – Suivi – Analyse

Arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – L'article R.6145-6 du Code de la santé publique prévoit que le directeur établit, à l'issue du premier semestre et des deux trimestres suivants de l'exercice, un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions, selon un modèle fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Ce suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses sont transmis au directeur général de l'agence régionale de santé.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

IGAS - Hôpital - Rapport annuel



[Rapport annuel 2012 de l'IGAS : « l'hôpital »](#) - Entièrement consacré au thème de l'hôpital, et fondé sur 25 rapports rendus par l'IGAS entre 2009 et 2012, ce document est composé de trois parties.

La première met en avant dix thèmes d'actualité - rôle et place de l'hôpital dans le système de santé français, la répartition de la contrainte financière, ou encore la place de l'utilisateur à l'hôpital. Le rapport conclut cette partie sur la question de la gouvernance de la politique hospitalière, et affirme que "certaines questions de société mériteraient d'être posées, telles que la prise en charge du vieillissement et de la mort, aujourd'hui assurée à l'hôpital".

La seconde partie présente les 25 rapports de l'IGAS, autour de cinq thèmes : modes de prise en charge des patients et qualité, gouvernance, aspects financiers, contrôles et missions d'appui conseil, et régulation.

Sont évoqués : l'hospitalisation à domicile (2010), la mort à l'hôpital (2009), le circuit du médicament (2011), la mise en place des pôles (2011), le financement de la recherche, de l'enseignement et des MIG dans les établissements de santé (2009), la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers (2009), ou encore la conversion des hôpitaux en EHPAD (2011).

Enfin, la dernière partie de ce rapport présente les chiffres clés de l'hôpital.

Ce rapport a précédé le dépôt, le 25 février 2013, d'un rapport sur l'évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins.

Assurance maladie – Objectif des dépenses - Soins de suite et réadaptation - Psychiatrie

[Arrêté du 21 février 2013](#) fixant pour l'année 2013 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale - L'objectif de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 16 319,4 millions d'euros pour 2013, dont :

6 033,9 millions d'euros au titre des activités de soins de suite et réadaptation ;

8 858,9 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie.

Assurance maladie – Objectif des dépenses - Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – MCO

[Arrêté du 21 février 2013](#) fixant pour l'année 2013 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale - L'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités MCO est fixé à 48 019,8 millions d'euros pour 2013.

Tarification à l'activité - Accueil et de traitement des urgences (ATU) - Forfait de petit matériel (FMM) - Sécurité et environnement hospitalier (SE) - Administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE)

Arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Etablissement de santé – Statistique annuelle – SAE

Instruction DREES/BES n° 2012-413 du 13 décembre 2012 relative à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) - Cette instruction précise le calendrier et le contenu de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) au titre de l'année 2012. Concernant l'AP-HP elle doit répondre avant le 11 avril 2013. La SAE a pour objet de caractériser de façon précise les établissements : structure, capacités, équipements des plateaux techniques et personnels ; de caractériser l'activité réalisée par type d'activité ou discipline d'équipement ; de recueillir des indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation.

Bioéthique - Embryon humain - Assistance médicale à la procréation - Alcool et drogue en milieu de travail - Don d'organes

Ethique et recherche biomédicale : rapport 2011 - Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé - Ce rapport annuel du CCNE commente l'actualité législative et réglementaire de l'année 2011 en matière de bioéthique, et plus précisément la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Autorité consultative indépendante, le Comité revient sur ses avis et recommandations et plus particulièrement sur ceux ayant porté sur la demande d'assistance médicale à la procréation après le décès de l'homme faisant partie du couple, sur les questions d'éthique relatives au prélèvement et au don d'organes à des fins de transplantation, sur les usages de l'alcool, des drogues et toxicomanie en milieu de travail. Il présente les différents échanges ayant eu lieu lors des Journées Annuelles d'Ethique des 28 et 29 janvier 2009, sur le thème de la place et l'avenir de l'embryon humain dans la société.

Politique de santé publique - Lutte contre la maladie d'Alzheimer – Evaluation

Rapport annuel de la Cour des Comptes 2013 – « La lutte contre la maladie d'Alzheimer : une politique de santé publique à consolider » - Ce rapport analyse les trois plans Alzheimer successifs, et constate qu'une « politique publique de santé continue et cohérente s'est progressivement affirmée depuis 2001 et renforcée depuis 2008 grâce à un mode de pilotage original ».

La Cour estime que ce dispositif a favorisé « *un parcours de soins mieux chaîné entre les différents acteurs et plus étroitement maillé territorialement, organisé autour d'une offre de diagnostic et de création de nouveaux dispositifs de prise en charge à domicile ou à l'hôpital* ». Compte-tenu des besoins importants d'une population vieillissante, il apparaît « *impératif de poursuivre dans la durée les efforts entrepris, de manière à consolider les progrès enregistrés* ».

La Cour affirme par ailleurs qu'une évaluation médico-économique par la Haute Autorité de Santé (HAS) permettrait de « clarifier [...] la stratégie de prise en charge médicamenteuse des malades et de définir en matière de recherche l'horizon dans lequel seront appréciés les résultats des actions engagées ».

La Cour rappelle que « l'effort financier » déployé est très difficile à apprécier, mais note toutefois que « les données disponibles font globalement apparaître une considérable sous-exécution de l'enveloppe financière prévisionnelle : malgré ces difficultés, les données disponibles font globalement apparaître une considérable sous-exécution de l'enveloppe financière prévisionnelle : le taux de réalisation globale n'était à la fin de 2011 que de 31,54 % par rapport aux prévisions faites pour les quatre premières années du plan ».

La Cour recommande pour conclure de :

- « 1. procéder à l'évaluation méthodique des nouveaux dispositifs de prise en charge avant d'envisager leur reconduction et leur pérennisation ;
2. réaliser une évaluation médico-économique rigoureuse des médicaments pour traiter la maladie d'Alzheimer ;
3. faire strictement respecter par la totalité des consultations mémoire l'obligation de documenter la Banque nationale Alzheimer ;
4. en cas de lancement d'un nouveau plan Alzheimer, en organiser un suivi financier précis selon une méthodologie commune aux diverses administrations concernées ».

Politique de santé publique - Services de santé des armées - Organisation hospitalière - finances - Projet Service de Santé des Armées 2020 (SSA 2020)

Rapport annuel de la Cour des Comptes 2013 – « Le service de santé des armées : une évolution engagée » - Ce rapport note les efforts « indéniables » fournis par le SSA, notamment en matière de déficit, réduit de « plus de 27% » sur la période 2010-2011, à 205 millions d'euros. La Cour estime que ces efforts doivent être poursuivis.

La Cour recommande de :

- « 1. poursuivre le redressement des comptes des hôpitaux d'instruction des armées, en améliorant leur articulation avec les autres acteurs de la santé publique ;
2. donner davantage d'autonomie aux directeurs des hôpitaux, dans le respect du contrat opérationnel fixé par l'état-major des armées ;
3. augmenter l'activité de soins et d'urgence des médecins d'unité en leur faisant soigner des patients extérieurs aux armées, sur le modèle des hôpitaux militaires, voire en réduisant le nombre de médecins ;
4. poursuivre les efforts en matière de réduction des coûts de la formation en regroupant à Lyon l'école d'infirmiers et l'école de praticiens ;
5. accélérer autant que possible la mise en place d'un suivi des délais d'évacuation des blessés et la facturation aux militaires et à leurs ayants droit des soins ne relevant pas du service ».

Parcours de soins coordonnés – Médecin traitant

Rapport annuel de la Cour des Comptes 2013 – « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie » - Dans ce rapport, la Cour des Comptes estime que « *la volonté du législateur de 2004 de réorganiser le système de soins autour du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés est loin d'être réalisée* ».

Concernant les assurés sociaux, elle constate un « *paysage brouillé* » et un dispositif « *contraignant et difficilement intelligible* », bien que 90% d'entre eux aient désigné un médecin traitant, et que « *91 % d[es] actes [soient] effectués dans le cadre du parcours de soins coordonnés* ».

Cette adhésion « *traduit certes [...] l'attachement des assurés sociaux à leur médecin de famille et leur adhésion à l'idée que ce dernier puisse être le pivot autour duquel construire en cas de besoin leur trajectoire au sein d'un système de soins ressenti comme particulièrement compliqué et mal articulé* ». La Cour des Comptes rappelle toutefois le mécanisme de sanctions pour « *inciter les assurés à le respecter* » sont très « *dissuasives* ».

Concernant les partenaires conventionnels, le parcours coordonné de soins a « *permis une augmentation et une diversification progressive de la rémunération des médecins* ».

La Cour souligne un « *paradoxe* », en ce que « *les suppléments de rémunération médicale directement induits par le parcours de soins coordonnés s'élèvent ainsi au total à près de 600 M€ par an, dont 285 M€ au bénéfice des médecins traitants et 310 M€ au bénéfice des médecins correspondants (qui sont des spécialistes). Les médecins traitants étant à 95 % des généralistes, on peut estimer qu'au total l'effort financier annuel de l'assurance maladie se répartit entre 324 M€ (soit 54,5 %) pour les spécialistes et 271 M€ (soit 45,5 % pour les généralistes)* ».

Ainsi, la Cour recommande de :

« *1. réaffirmer clairement le médecin traitant comme le coordonnateur des soins de ses patients vis-à-vis de l'ensemble des autres acteurs du système de santé ;*

2. mettre sans délai à sa disposition les outils indispensables à sa mission et à sa relation avec les autres intervenants du système de soins, notamment :

- *une messagerie sécurisée ;*

- *un dossier médical personnel pour chaque patient, intégrant pleinement ses préoccupations opérationnelles et reprenant le volet annuel de synthèse prévu par la convention du 26 juillet 2011 ;*

3. mettre en place un dispositif d'évaluation rigoureux des suppléments de rémunération accordés aux médecins et subordonner toute nouvelle évolution au constat documenté de gains d'efficacité du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie ;

4. faciliter le parcours administrato-tarifaire de l'assuré, notamment :

- *en supprimant l'obligation de déclarer une nouvelle fois son médecin traitant en cas de changement de régime ;*

- *en étudiant la suppression du mécanisme des « dépassements autorisés » facturables par un spécialiste à honoraires conventionnels (secteur 1) à un patient hors parcours de soins coordonnés ;*

- *en faisant en sorte que puisse être proposé à tout patient un de soins coordonnés en tarifs opposables ».*

PERSONNEL

Maître de conférences des universités-praticien hospitalier – MCU-PH - Vacance d'emplois – Mutation – Recrutement

[Arrêté du 21 février 2013](#) modifiant l'arrêté du 8 février 2013 portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2013 et fixant les modalités de candidature

Professeur des universités-praticien hospitalier – PU-PH - Centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires - Mutation – Recrutement

[Arrêté du 21 février 2013](#) modifiant l'arrêté du 8 février 2013 portant déclaration de vacance d'emplois de maître de conférences des universités-praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires offerts à la mutation et au recrutement au titre de l'année 2013 et fixant les modalités de candidature

Commissions d'autorisation d'exercice - Conseil supérieur de la pharmacie - Dossier – Composition

[Arrêté du 13 février 2013](#) modifiant l'arrêté du 25 février 2010 fixant la composition du dossier à fournir aux commissions d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien – Cet arrêté vient modifier la composition du dossier à fournir aux commissions d'autorisation d'exercice et au Conseil supérieur de la pharmacie compétents pour l'examen des demandes présentées en vue de l'exercice en France des professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien.

Fonction publique hospitalière – Cadre de santé paramédicaux - Statut

[Circulaire n°DGOS/RH4/DGCS 2013-41 du 5 février 2013](#) relative à la mise en œuvre du nouveau statut des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière – Cette circulaire fait suite à la réforme du statut des cadres de santé prévue par le protocole d'accord du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B. Cette réforme a été mise en œuvre par la publication du décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 qui instaure le statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière et du décret n° 2012-1465 du 26 décembre 2012 qui place en extinction le corps des cadres de santé régi par le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001. Cette circulaire a pour objectif d'apporter des précisions concernant les modalités d'intégration dans le statut des cadres de santé paramédicaux et les conditions d'accès au droit d'option permettant à certains personnels de choisir entre le maintien dans le corps régi par le décret du 31 décembre 2001 et l'intégration dans le statut des cadres paramédicaux ; et l'avancement au sein du corps des cadres de santé et du corps des cadres de santé paramédicaux, ainsi que l'impact de la réforme sur le régime indemnitaire des cadres de santé.

Personnel - Maladie professionnelle - Imputabilité au service

[Conseil d'Etat, 22 février 2013, n°349353](#) - Les faits sont les suivants : Mme X, infirmière, a exercé ses fonctions jusqu'au mois de mai 2005 au sein d'un établissement psychiatrique puis au sein d'un établissement de jour avant d'être détachée à compter du mois de septembre 2007 en qualité d'infirmière scolaire au sein du Ministère de l'éducation nationale.

A compter de 2001, elle souffrait d'une tendinopathie bilatérale qui a nécessité deux interventions chirurgicales. Cette affection a été reconnue comme imputable au service. Le 6 novembre 2009, elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale. Elle se pourvoit en cassation contre un jugement en date du 17 mars 2011 par lequel le tribunal administratif de Limoges a rejeté sa demande d'annulation de la décision du 31 mai 2010 du directeur du CH Y refusant de reconnaître comme imputable au service la pathologie dont elle est atteinte et qu'elle avait déclarée comme une rechute de maladie professionnelle.

Le Conseil d'Etat casse et annule le jugement précité sur le motif "*qu'il n'était pas contesté que la requérante n'exerçait aucun geste répétitif qui solliciterait particulièrement son épaule gauche pour en déduire que les douleurs de Mme X à compter de 2009 n'étaient pas imputables au service*". Qu'ainsi, "*le tribunal a dénaturé les pièces du dossier qui lui était soumis*".

Elections partielles - Représentativité des syndicats

[Cour de cassation, 13 février 2013, n°12-18094](#) - La Cour de cassation retient en l'espèce que la représentativité des organisations syndicales est établie pour toute la durée du cycle électoral (4 ans). Par conséquent, les résultats obtenus lors d'élections partielles ne pouvaient avoir pour effet de modifier la mesure de la représentativité calculée lors des dernières élections générales.

Mutuelle - Affiliation - Adhésion individuelle

[Conseil d'Etat, 13 février 2013, n°354078](#) - L'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) a mis en demeure, le 15 septembre 2011, la mutuelle de l'établissement de santé A. d'informer, dans un délai de trois mois, ses adhérents du caractère individuel de leur adhésion (en opposition avec le caractère obligatoire et collectif d'adhésion que présentait la mutuelle).

Le Conseil d'Etat confirme qu'un hôpital public ne peut pas souscrire de contrat prévoyant une affiliation obligatoire de ses agents à une mutuelle. La haute juridiction administrative considère en effet que « *les dispositions du paragraphe III (de l'article L. 221-2 du Code de la mutualité) relatives aux opérations collectives obligatoires ne sont ainsi pas applicables aux fonctionnaires et aux agents publics et, par suite, ne peuvent constituer le fondement légal de la décision d'une collectivité ou d'un établissement public de souscrire un contrat prévoyant l'affiliation obligatoire à une mutuelle de ses agents relevant du droit public ; qu'à défaut d'autre disposition législative ou réglementaire ouvrant une telle faculté aux établissements publics de santé, l'opération par laquelle le personnel de l'établissement de santé A. bénéficie des garanties de la mutuelle requérante ne peut reposer que sur l'adhésion individuelle et facultative des agents de l'établissement* ».

Direction générale de la santé - Risques de poursuites pénales - Dons de gamètes

Conseil national de l'ordre des médecins, 14 janvier 2013 - Le Président du Conseil national de l'ordre des médecins transmet une lettre adressée par le directeur général de la santé (DGS) à ses conseils départementaux (charge à ces derniers de diffuser l'information auprès des médecins de leurs départements respectifs). Le DGS rappelle les risques pénaux qu'encourent les médecins qui transmettraient à leurs patients une information sur les cliniques ou organismes étrangers qui pratiquent des activités d'assistance médicale à la procréation avec dons de gamètes non conformes à la législation française. Ainsi, si un médecin transmet ces informations à ces patients, il "risque cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende (...). Les risques encourus sont indépendants de la rémunération du praticien français par la clinique ou l'organisme étrangers ainsi que du recours effectif des patients, ainsi informés, à l'offre située à l'étranger" rappelle le DGS après avoir consulté la Direction des affaires criminelles et des grâces du Ministère de la justice.

R É G L E M E N T A T I O N S A N I T A I R E

Etablissement de santé – Pharmacie à usage intérieur – PUI – Dossier pharmaceutique – Expérimentation
Instruction n° DGOS/PF2/2013/45 du 5 février 2013 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé - Cette instruction fait suite au décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013 fixant les conditions de l'expérimentation prévue par l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Cet article prévoit en effet qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi les médecins peuvent, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, consulter avec leur autorisation leur dossier pharmaceutique.

Dispositifs législatifs et réglementaires antitabac - Mise en œuvre - Faute - Responsabilité

Cour administrative d'appel de Bordeaux, 18 décembre 2012, n°11BX01213 - Cet arrêt est intéressant en ce qu'il reconnaît un employeur responsable pour non respect du dispositif législatif et réglementaire antitabac et le condamne à raison d'une perte de chance de son employé d'éviter un cancer. En effet, la cour administrative d'appel de Bordeaux reprend les conclusions d'un expert et retient que "le tabagisme passif auquel Mme X a été soumise au sein de l'établissement Y pendant la période de 1968 à 2000 est à l'origine d'un cancer bronchique primitif qui est apparu au cours de l'année 2000. (...) La circonstance que Mme X n'ait été exposée que de manière discontinue au tabac dans les locaux de l'école, puisqu'elle n'assurait que 320 heures de cours par an, n'est pas de nature à remettre en cause l'imputation déterminante à ce tabagisme passif de l'affection dont l'intéressée a souffert ; qu'il résulte des éléments au dossier (...) que Mme X, atteinte d'une maladie d'asthme à l'âge de 37 ans, n'a pas vécu, en dehors de l'école, dans un environnement tabagique (...). Que, toutefois, (...) le préjudice résultant directement de la faute que l'école a commise (...) n'est pas le dommage corporel issu du cancer survenu du fait de l'exposition au tabac depuis 1968, mais la perte de chance d'éviter ce dommage du fait de la continuité de l'exposition après 1992". La cour administrative d'appel relève le pourcentage retenu par le tribunal administratif en première instance de 10% à 60% de perte de chance. Par conséquent, la somme que l'école est condamnée à payer à Mme X au titre des préjudices subis du fait de la faute de cet établissement est portée de 3524 euros à 22320 euros.

ORGANISATION DES SOINS

Etablissements de santé – ARS – Gestion des risques - Légionellose

[Instruction n°DGS/EA4/2013/34 du 30 janvier 2013](#) relative au référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments – Cette instruction prévoit le référentiel d'inspection-contrôle de la gestion des risques liés aux légionelles dans les installations d'eau des bâtiments. Cette inspection-contrôle est exercée par les Agences régionales de santé (ARS) dans les établissements de santé, établissements médico-sociaux et autres établissements recevant du public.

EHPAD – Infections respiratoires aiguës - Gastro-entérites aiguës – Conduites à tenir

[Instruction DGS/RI1/DGCS n° 2012-433 du 21 décembre 2012](#) relative aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës ou des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées – Cette instruction a pour objet d'actualiser les recommandations sur les conduites à tenir en cas de survenue d'infections respiratoires aiguës en collectivité de personnes âgées, de diffuser des recommandations sur les conduites à tenir en cas de survenue de gastroentérites aiguës en collectivité de personnes âgées et de réviser la procédure de surveillance et de signalement des cas groupés..

MARCHÉS PUBLICS

Marchés publics – Exécution financière – Délai global de paiement

[Rapport annuel 2012 de l'Observatoire des délais de paiement](#) - Depuis la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, l'Observatoire des délais de paiement procède annuellement à l'audit des délais de paiements et en mesure les effets sur l'économie. Il rapporte que pour les établissements publics de santé, les délais globaux de paiement sont conformes « pour la plupart au délai réglementaire », qui est de 50 jours, aux termes de l'article 98 du Code des marchés publics. Ces délais « *continuent d'augmenter en 2012, avec une progression plus forte dans le cas des établissements de petite taille (30 jours en 2011, près de 33 jours en octobre 2012, contre 38,5 et 40 jours dans le cas des grands établissements de santé)* ». L'Observatoire estime que cet allongement des délais « *n'est pas sans lien avec les difficultés financières propres à certains établissements* ».

L'Observatoire propose de « *rendre automatique le paiement des intérêts moratoires par les administrations locales et sociales* ». Il affirme que « *d'une administration à l'autre, des règles divergentes encadrant la gestion de la dépense publique créent pour les entreprises de fortes inégalités. Pour amorcer la convergence entre les pratiques actuellement en vigueur, il est désormais impératif de systématiser : le calcul et la facturation des intérêts de retard, que l'application Hélios ne génère pas toujours en mode automatique ; la traçabilité informatique des informations permettant le calcul du DGP du secteur local, en rendant obligatoire, pour l'ordonnateur des dépenses, la transmission des dates de réception propres à chaque facture au comptable public (DGFIP)* ».

PUBLICATIONS AP-HP

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

