

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 30 juin 2015

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/>

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

**Hylde DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

**Gaëlle HOMBERG**

**Sabrina GARCIA**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN - MARIS**

**Audrey VOLPE**

Patient hospitalisé	<a href="#">page 2</a>
Personnel	<a href="#">page 5</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 7</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 8</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 8</a>
Coopération à l'hôpital et associations	<a href="#">page 10</a>
Propriété intellectuelle - Informatique	<a href="#">page 11</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 13</a>
Tutelle	<a href="#">page 15</a>
Domaine public et privé	<a href="#">page 15</a>
Commande publique	<a href="#">page 17</a>
Frais de séjour	<a href="#">page 18</a>
Publications	<a href="#">page 19</a>

## PATIENT HOSPITALISÉ

**Signature – Assistance publique – hôpitaux de Paris – Patient – Consentement – Information – Traçabilité**

[Fiche pratique DAJ](#) « La signature du patient à l'hôpital » - Cette fiche pratique est la deuxième d'une série rédigée par les juristes de la direction des Affaires juridiques de l'AP-HP et porte sur la signature du patient à l'hôpital. Elle évoque l'information préalable du patient et sa traçabilité, le consentement du patient majeur, majeur protégé et mineur, ainsi que la signature du patient dans ses démarches administratives (dépôt de biens, mandat de protection future, procuration, directives anticipées, etc.).

**Couverture maladie universelle complémentaire - Assurance complémentaire de santé - Tiers payant**

[Décret n° 2015-770 du 29 juin 2015](#) relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé - Ce texte "a pour objet d'actualiser les modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-c et de déterminer les modalités du tiers payant permettant aux professionnels de santé qui le souhaitent d'avoir un interlocuteur unique, lorsque l'assuré est bénéficiaire de l'ACS et qu'il a souscrit un contrat d'assurance maladie complémentaire sélectionné. Le texte précise notamment, à cet effet, la procédure applicable entre les professionnels de santé et les organismes d'assurance maladie, d'une part, et celle applicable entre les organismes d'assurance complémentaire de santé et les organismes d'assurance maladie, d'autre part".

**Couverture maladie universelle complémentaire - Assurance complémentaire de santé - Tiers payant - Relevé de prestations**

[Arrêté du 29 juin 2015](#) relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé - L'arrêté évoque le contenu et la transmission des relevés de prestations mentionnés à l'article D. 861-4 et au 1° de l'article D. 861-5 du code de la sécurité sociale. Il abroge en outre l'arrêté du 26 mai 2000 pris en application de l'article D. 861-6 du code de la sécurité sociale et relatif aux modalités de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance de frais dans le cadre de la protection complémentaire en matière de santé et l'arrêté du 28 juin 2000 relatif aux modalités techniques et financières de mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance de frais prévue au b du III de l'article D. 861-3 du code de la sécurité sociale.



### Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) - Accidents médicaux – Indemnisation

Brochure ONIAM « [Droit des patients et indemnisation des accidents médicaux](#) » - Juin 2015 L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), avec la participation de l'Ordre des médecins, vient de publier une brochure relative au « Droit des patients et indemnisation des accidents médicaux ». Les patients qui estiment avoir été victimes, de la part d'un établissement ou d'un professionnel de santé, d'un dommage ou d'un comportement portant atteinte à leurs droits, trouveront dans cet ouvrage les différentes voies de recours possibles.

### Secret médical – Respect – Confidences à un médecin

[Conseil d'Etat, 17 juin 2015, n° 385924](#) - Le Conseil d'Etat rappelle que les confidences sur son état de santé faites à un ami médecin sont couvertes par le secret professionnel, même si ce dernier n'est pas en charge du suivi médical. En l'espèce, le Conseil d'Etat confirme la décision de la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins d'infliger au Dr X la peine de l'interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois à compter du 1er janvier 2015. Les faits étaient les suivants : Mme Y s'était rendue le 23 décembre 2011 au cabinet médical commun au Dr X et Z pour consulter cette dernière. En attendant la consultation, elle s'est trouvée, dans le secrétariat commun du cabinet, en présence du Dr X à qui elle a confié les résultats d'un examen gynécologique qu'elle venait de subir et qui motivait sa visite. Quelques jours après cet échange, le Dr X a informé un proche de Mme Y des résultats de l'examen dont celle-ci lui avait fait part. Le Conseil d'Etat indique que « *en jugeant que le secret médical couvrait ces informations confiées à M. X en tant que médecin, même s'il n'était pas le médecin habituel de Mme Y, et que ce dernier avait par suite, en les révélant à un tiers, méconnu l'obligation de secret instituée par les dispositions des articles L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique, la chambre disciplinaire nationale n'a pas commis d'erreur de droit* ».

## Soins sans consentement – Arrêté préfectoral– Renouvellement - Article L.3211-3 du Code de la santé publique

[Cour de cassation, première chambre civile, 28 mai 2015, n°14-14.604](#) – Le requérant conteste l'ordonnance rendue par le premier président confirmant la décision du préfet de le faire admettre en soins psychiatriques sous le régime de l'hospitalisation complète sans consentement. Il invoque le défaut d'arrêté préfectoral décidant de la forme de sa prise en charge à l'issue de la période d'observation de 72 heures. Son droit à l'information s'agissant de sa situation juridique, de ses droits et voies de recours aurait ainsi été méconnu. La Cour de cassation indique que « *l'ordonnance constate que M.X avait été informé, dès le 7 mars 2013, de la nécessité de l'hospitalisation, que le certificat de huitaine du 14 mars 2013 mentionnait également que le patient avait été informé par le médecin, de manière adaptée à son état de ce que la mesure de soins sous contrainte en hospitalisation complète devait être maintenue* ». L'article L.3211-3 du Code de la santé publique a été respecté, il n'y a donc pas atteinte au droit des patients. De plus, il est précisé par le biais du moyen annexe soulevé que « *la décision de poursuite des soins aux mêmes fins, sans modification de la forme de la prise en charge initiale, n'appelait pas de formalisation spécifique au demeurant non prévue expressément* ». Le préfet n'a pas à rédiger un nouvel arrêté après chaque certificat médical.

## Soins sans consentement – Arrêté préfectoral – Contenu du certificat médical – Article L.3213-3 du Code de la santé publique

[Cour de cassation, première chambre civile, 28 mai 2015, n°14-15.586](#) – Le requérant demande l'annulation de l'ordonnance rendue par le premier président du 14 février 2014 en ce qu'elle confirme l'arrêté préfectoral décidant de son hospitalisation complète. Il conteste le contenu du certificat médical en ce qu'il ne précisait pas son état mental et notamment « *l'existence d'un risque d'atteinte à la sûreté des personnes ou de façon grave à l'ordre public* ». De plus, il invoque le fait que le certificat doit « *confirmer ou non de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission à la demande du préfet, être circonstancié, le médecin devant préciser ne quoi les troubles du patient rendent impossible son consentement et les attitudes susceptibles de porter atteinte à l'ordre public* ». L'ordonnance du premier président indique que le certificat répond bien aux exigences posées à l'article L.3213-3 du code de la santé publique. La notion d'ordre public « *étant, d'une part, présumée en raison de la décision d'irresponsabilité pénale, et, d'autre part, n'étant exigée aux termes de l'article L.3213-1 que lors de l'arrêté initial* », l'absence de référence ne peut être retenue. Cependant, la Cour de cassation estime que le premier président, en statuant ainsi, a méconnu « *les règles et principes applicables à la cause, la condition de l'existence d'attitudes susceptibles de porter atteinte à l'ordre public s'imposant également lors du renouvellement d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation complète sous contrainte, la possible atteinte à l'ordre public devant être ici être appréciée à la date (...) du certificat médical et de l'arrêté pris sur sa base* ». Elle précise, en outre, que « *les articles L.3213-1, L.3213-3 et R.3213-3 du code de la santé publique n'exigent pas la mention, dans le certificat médical circonstancié qu'ils prévoient, que les troubles nécessitant des soins compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, une telle qualification relevant, sous le contrôle du juge, des seuls pouvoirs du préfet, sauf à prévoir, lorsqu'un certificat conclut à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, les incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes* ». La demande du requérant est ainsi rejetée en ce que « *le certificat du médecin précisait que M.X présentait des processus délirants sur un mode persécutif projectif centré sur les soignants et contestait l'efficacité de son traitement, de sorte que la mesure de soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'État demeurait justifiée et devait être maintenue* ».

## PERSONNEL

### Décès de la mère - Assurance maternité - Père - Conjoint - Partenaire de PACS

[Décret n° 2015-771 du 29 juin 2015](#) fixant les modalités de bénéfice par le père, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, de l'indemnisation due à la mère au titre du régime d'assurance maternité - "*En cas de décès de la mère, le père de l'enfant ou le conjoint de la mère décédée, la personne liée à elle par un PACS ou vivant maritalement avec elle peut bénéficier, quel que soit le régime dont il relève, d'une indemnisation pour la durée du congé de maternité restant à courir. Le présent décret précise les modalités selon lesquelles doivent être présentées les demandes des bénéficiaires. Le décret précise également que le père de l'enfant ou le conjoint de la mère peut demander le report de tout ou partie de la période d'indemnisation selon les mêmes conditions que celles qui auraient été appliquées à la mère*".



### Commission de déontologie de la fonction publique – Rapport annuel d'activité - 2014

[Rapport d'activité annuel de la Commission de déontologie de la fonction publique – Année 2014 « Accès des agents publics au secteur privé »](#) - Ce rapport est le huitième présenté par la Commission de déontologie issue de la réforme introduite par la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 et compétente pour les trois fonctions publiques. Ce rapport d'activité se décompose en deux parties. La première traite du cas des agents des trois fonctions publiques cessant leurs fonctions ou bien demandant à exercer un cumul. La seconde concerne les avis sur la participation des chercheurs à la création d'entreprise ou aux activités des entreprises existantes. Chacune de ces parties comprend un bilan statistique et une analyse de jurisprudence. En conclusion, la Commission formule des remarques afin de contribuer aux débats auxquels va donner lieu le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires.

### ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

SITUATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2015

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS  
Dr Patrick BOUJET, Président

Sous la direction de Dr Jean-François BALET,  
Président de la Section Santé Publique et Démographie Médicale.  
Rédigé par Geneviève LE BRETON-LEROUVILLOIS,  
Géographe de la santé.



### Démographie médicale – Conseil national de l'Ordre des médecins

[Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2015](#) – Conseil national de l'Ordre des médecins - Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie sa nouvelle édition 2015 de l'Atlas de la démographie médicale, réalisé par sa section Santé Publique et Démographie Médicale. « Cette nouvelle édition met en avant un certain nombre de paradoxes et met en défaut un certain nombre d'idées reçues. Les territoires se vident de leurs médecins. Pourtant, avec 281 087 médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2014, la France n'a jamais compté autant de médecins. Plus âgée, mais aussi plus féminisée, la population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis une vingtaine d'années. Doit-on y voir un élément de réponse ? La féminisation de la profession est-elle « responsable » de la désertification ? Les chiffres démontrent le contraire : parmi les jeunes médecins âgés de moins de 40 ans, qualifiés en médecine générale, 60% sont des femmes qui ont fait le choix d'exercer en secteur libéral/mixte. » Par ailleurs, afin d'aider à l'installation des médecins et repérer les zones sous-dotées, le Conseil de l'Ordre a créé une cartographie interactive disponible sur son site internet : [www.demographie.medecin.fr](http://www.demographie.medecin.fr)

### **Personnels de direction – Liste d’aptitude**

[Avis](#) relatif à l'établissement des listes d'aptitude prévues par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié 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 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2015.

### **Attestation de salaire – Indemnités journalières – Modèle**

[Arrêté du 5 juin 2015](#) fixant le modèle du formulaire « Attestation de salaire pour le paiement des indemnités journalières de maladie, maternité, paternité - accueil de l'enfant - adoption, femme enceinte dispensée de travail »

### **Contrat d'engagement de service public – Odontologie – Année 2014-2015**

[Arrêté du 12 juin 2015](#) pris en application des deuxième et troisième alinéas de l'article 2 du décret n° 2013-735 du 14 août 2013 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques et fixant la répartition des contrats offerts restant à pourvoir au titre de l'année universitaire 2014-2015.

### **Contrat d'engagement de service public – Médecine – Année 2014-2015**

[Arrêté du 12 juin 2015](#) pris en application du deuxième alinéa de l'article R. 632-67 du code de l'éducation et fixant la répartition des contrats d'engagement de service public offerts restant à pourvoir au titre de l'année universitaire 2014-2015.

### **Interne – Année-recherche**

[Arrêté du 15 juin 2015](#) fixant le nombre d'internes en médecine, en pharmacie et en odontologie susceptibles de bénéficier d'une année-recherche pour l'année universitaire 2015-2016.

### **Diplôme - Paramédicaux - Ecoles - Admission**

[Arrêté du 16 juin 2015](#) modifiant l'arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.

### **Masseur-kinésithérapeute - Diplôme d'Etat - Instituts**

[Arrêté du 16 juin 2015](#) relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.



## Droit syndical – Fonction publique hospitalière – Crédit d’heures – Mutualisation – Compensation financière

[Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B/2015/205 du 15 juin 2015](#) relative à la mutualisation des heures syndicales dans la fonction publique hospitalière - " Dans l'attente de la publication d'un décret réformant le dispositif de mutualisation des heures syndicales, l'instruction du 29 janvier 2015 avait prévu la reconduction jusqu'en juin 2015 du volume d'heures syndicales mutualisé au niveau départemental à la fin de l'année 2011 au profit de chaque organisation syndicale bénéficiaire, selon les mêmes mécanismes de fonctionnement et de financement que ceux prévus par l'article 20 du décret de 2012. Les concertations sur le projet de décret étant toujours en cours, la présente instruction proroge jusqu'à la fin de l'année 2015 ce volume d'heures mutualisé au profit des organisations syndicales bénéficiaires. "

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Intérêt légal - Année 2015 - Second semestre

[Arrêté du 24 juin 2015 relatif à la fixation du taux de l'intérêt légal](#) - Ce texte qui entre en vigueur le 1er juillet 2015 fixe, pour le second semestre 2015, le taux de l'intérêt légal à 4,29 % pour les créances des personnes physiques n'agissant pas pour des besoins professionnels et à 0,99 % pour tous les autres cas.



### Parlement Européen – Stratégie pour l'égalité entre les femmes et les hommes – Rapport

[Rapport sur la stratégie de l'Union européenne pour l'égalité entre les femmes et les hommes après 2015](#) - Parlement européen, 13 mai 2015 - Le Parlement européen a voté un rapport incitant la Commission à élaborer une nouvelle stratégie en faveur des droits des femmes notamment en matière de santé. Ainsi, il invite la Commission à « *aider les États membres à assurer des services de qualité, adaptés sur le plan géographique et facilement accessibles dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques, et à garantir la disponibilité d'un avortement et de dispositifs de contraception légaux et sûrs, ainsi que de soins de santé en général* » et à « *inclure la santé et les droits sexuels et génésiques dans sa prochaine stratégie de l'Union en matière de santé, pour assurer l'égalité entre les hommes et les femmes et compléter les politiques nationales dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques* ». Le Parlement incite les États membres à agir concernant la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à renforcer le diagnostic précoce concernant les maladies comme les cancers féminins. Il rappelle à la Commission et à l'Organisation mondiale de la santé la nécessité de supprimer « *les troubles liés à l'identité de genre de la liste des troubles mentaux et du comportement* ». Le rapport recommande également la réalisation d' « *un audit portant sur l'égalité entre les hommes et les femmes pour faire en sorte que les politiques de l'Union en matière de santé et la recherche financée par l'Union portent davantage sur l'état de santé et le diagnostic chez les femmes* ». Le Parlement demande à la Commission « *d'encourager les États membres à promouvoir la procréation (médicalement) assistée et de mettre un terme à la discrimination dans l'accès au traitement favorisant la fertilité et à l'aide à la procréation* ».

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

**Vaccination obligatoire contre l'hépatite B – Sclérose en plaques – Apparition des symptômes – Lien direct – Responsabilité de l'Etat - Article L. 3111-9 du Code de la santé publique**

[Conseil d'Etat, 27 mai 2015, n° 369142](#) - La requérante a été vaccinée contre l'hépatite B dans le cadre de son activité professionnelle. Suite au développement d'une sclérose en plaques, elle recherche la responsabilité de l'Etat sur le fondement de l'article L.3111-9 du Code de la santé publique, invoquant que cette affection résultait de l'administration du vaccin. Suite à son décès, ses héritiers ont repris son recours en cassation contre le refus d'indemnisation des juridictions du fond. Le Conseil d'Etat rappelle « *que le fait qu'une personne ait manifesté des symptômes d'une sclérose en plaques antérieurement à la vaccination contre l'hépatite B qu'elle a reçue n'est pas, par lui-même, de nature à faire obstacle à ce que soit recherchée l'imputabilité de l'aggravation de cette affection à la vaccination* ». Il ajoute que « *le lien direct entre la vaccination et l'aggravation de la pathologie doit être regardé comme établi lorsque des signes cliniques caractérisés d'aggravation sont apparus dans un bref délai à la suite d'une injection et que la pathologie s'est, à la suite de la vaccination, développée avec une ampleur et un rythme qui n'étaient pas normalement prévisibles au vu des atteintes que présentait la personne antérieurement à celle-ci* ». Le Conseil d'Etat en déduit qu'« *en se fondant sur la date de la constatation médicale des symptômes sans se prononcer sur la date de leur apparition (...), la cour a commis une erreur de droit* ». Cependant, la cour, selon lui « *n'a dénaturé les pièces du dossier ni en retenant que la pathologie présentait un caractère évolutif dès avant les vaccinations, ni en estimant que le rythme de son évolution ne s'était pas notablement accéléré après celles-ci* ». Il confirme ainsi le rejet de demande d'indemnisation liée à l'aggravation de la sclérose en plaques.

## ORGANISATION DES SOINS

**Fin de vie – Arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles – Convention européenne des droits de l'homme**

[Cour européenne des droits de l'homme, 5 juin 2015, n°46043/14](#) - Le 5 juin 2015, la CEDH a estimé que l'arrêt du Conseil d'Etat du 24 juin 2014 qui rendait possible l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. X ne violait pas la Convention européenne des droits de l'homme et notamment son article 2. « *La Cour a considéré conformes aux exigences de cet article le cadre législatif prévu par le droit interne (français), tel qu'interprété par le Conseil d'Etat, ainsi que le processus décisionnel, mené en l'espèce d'une façon méticuleuse. La Cour a également estimé que les dispositions de la loi Leonetti sur la fin de vie « constituent un cadre législatif suffisamment clair pour encadrer de façon précise la décision du médecin* ». Il est à noter que les parents de M. X ont déposé, le 26 juin 2015, une demande en révision de cette décision de la CEDH, invoquant des « *éléments nouveaux et décisifs* ».



## Interdiction de fumer - Aires collectives de jeux

[Décret n° 2015-768 du 29 juin 2015](#) relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux - Aux termes de ce décret, *"la consommation de tout produit du tabac est interdite dans les aires de jeux. L'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux a pour objet de réduire le tabagisme passif dont sont victimes les enfants et de sensibiliser les parents et les adultes en général sur les dangers du tabac et du tabagisme passif en particulier"*.

## Régulation médicale - Plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU) - Données de localisation - Appel d'urgence

[Instruction n° DGOS/R2/2015/184 du 2 juin 2015](#) relative à la mise en service de la plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU) – Cette instruction rappelle en premier lieu que la plateforme de localisation des appels d'urgence (PFLAU) est fondée sur la base des dispositions de l'article D98-8 du code des postes et des communications électroniques, lequel dispose que *« l'opérateur prend les mesures nécessaires pour acheminer gratuitement les appels d'urgence à partir des points d'accès publics, des points d'abonnement et des points d'interconnexion, vers le centre compétent correspondant à la localisation de l'appelant, en fonction des informations et listes transmises par les représentants de l'Etat dans les départements. Il ne reçoit pas de compensation financière de la part de l'Etat à ce titre. L'opérateur s'abstient de faire figurer sur les factures les numéros appelés à ce titre. Afin de permettre la transmission des informations relatives à l'acheminement des appels d'urgence, l'opérateur communique ses coordonnées, avant l'ouverture du service dans un département, au préfet de ce département. Il agit de même à chaque modification de ces coordonnées. On entend par appels d'urgence les appels à destination des numéros d'appel d'urgence des services publics chargés de la sauvegarde des vies humaines ; des interventions de police ; de la lutte contre l'incendie ; de l'urgence sociale.*

*La liste des numéros d'appel d'urgence est précisée par l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes dans les conditions prévues à l'article L. 36-6*». En termes d'architecture, le choix d'une plateforme unique *« permet aux opérateurs et aux centres de réception des appels d'urgence de ne gérer respectivement qu'une seule liaison. Chaque opérateur est raccordé à la PFLAU via un VPN (Virtual Private Network) »*. La mise en service de la PFLAU est prévue pour septembre 2015. A compter de la date de mise en service, les centres de réception des appels d'urgence disposeront de 24 mois pour se raccorder à la PFLAU. Une fois ce délai dépassé, le service d'annuaire inversé actuellement fourni par les opérateurs sera définitivement arrêté. Les centres de réception des appels d'urgence non raccordés à la PFLAU se retrouveraient alors privés de tout moyen de localisation des appels d'urgence. Dès lors, *« afin d'éviter une dégradation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des appels d'urgence parvenant aux SAMU-Centres 15, il est demandé à chaque Direction d'établissement siège de SAMU-Centre 15 de procéder au raccordement du SAMU-Centre 15 à la PFLAU et de veiller à l'intégration des données de localisation dans le système de régulation médicale. Pour ce faire, il conviendra que le pouvoir adjudicateur de chaque établissement siège de SAMU-Centre 15 commande à son éditeur de système de régulation médicale la fonctionnalité permettant d'incrémenter les données de localisation dans le système d'information du SAMU- Centre 15 »*.

## Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) – Urgences hospitalières

[Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières](#) - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) – Dossiers Solidarité et Santé n° 63, Juin 2015 - La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a réalisé une enquête sur la journée du 11 juin 2013 auprès des 736 points d'accueil d'urgences présents sur le territoire français. Cette enquête a été conçue avec les professionnels des urgences et collectée par le personnel des points d'accueil lui-même. Elle fait suite à une première enquête menée en 2002. « *De la genèse du recours aux urgences aux difficultés d'orientation en aval des urgences, de nombreux thèmes ont été abordés durant quatre sessions thématiques sur la méthodologie de l'enquête, l'organisation puis la patientèle des services d'urgences et enfin la place des urgences dans l'offre de soins de premier recours.* »

## Transport sanitaire – Prescription médicale – Accord préalable – Formulaire

[Arrêté du 8 juin 2015](#) fixant le modèle du formulaire « Demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale ».

# COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS



## Groupements Hospitaliers de Territoire - Mise en place - Rapport intermédiaire

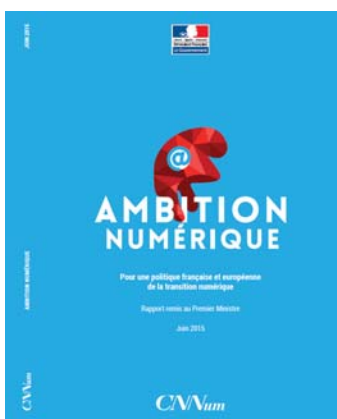
[Rapport intermédiaire](#) de la Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une mission d'accompagnement de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont la création résulte « *d'une double volonté : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation, etc.)* ». La mission insiste sur le fait que cet outil est « *plébiscité par la communauté hospitalière* », et identifie vingt conditions de réussite, notamment une taille adaptée aux mouvements des acteurs du territoire, la reconnaissance de la spécificité de chaque établissement, une valence hospitalo-universitaire au sein de chaque GHT, une gouvernance personnalisable, l'évolution du métier de directeur d'hôpital, un système d'information convergent, des autorisations d'activités de soins territorialisées, une certification conjointe par la HAS et une préparation commune de la certification des comptes.

## PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

### Systemes d'information hospitaliers (SIH) - Recueil de données - Charges - Ressources - Année 2014

[Instruction n° DGOS/PF5/2015/189 du 5 juin 2015](#) relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers (données de l'année 2014) – Ce texte « a pour objectif de présenter le cadre de recueil des données relatives aux charges et ressources des systèmes d'information hospitaliers (SIH) de l'année 2014 et les modalités de mise en œuvre du dispositif. 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. Le cadre de recueil distingue clairement, concernant la fonction SIH, les écritures comptables relatives aux opérations d'exploitation et les flux du tableau de financement. Elles sont rapportées aux charges et aux recettes, d'exploitation et d'investissement, de l'établissement, entendu comme entité juridique ». L'instruction comporte trois annexes : la première, relative au cadre du recueil des informations des ressources et des charges SIH, la deuxième, relative au guide d'imputation des charges et ressources SIH, et la dernière aux modalités de connexion à Ancre et à la notice de saisie des données.

### Conseil national du numérique (CNN) – Stratégie numérique



[Rapport du Conseil national du numérique \(CNN\) « Ambition numérique - Pour une politique française et européenne de la transition numérique »](#) - Juin 2015 - Le Conseil national du numérique a remis, jeudi 18 juin, une synthèse de la grande concertation citoyenne lancée en octobre 2014. « Sur cette base, le Gouvernement a présenté sa stratégie numérique et son plan d'actions, auquel chaque ministère a contribué. D'ici quelques semaines, un projet de loi numérique sera présenté pour mettre en œuvre les mesures législatives de ce plan d'actions. » Soixante-dix propositions sont ainsi formulées. Parmi celles-ci on peut noter le déploiement du « plan médecine du futur » dont l'objet est de développer les filières françaises de biotechnologies, de médecine personnalisée et de dispositifs médicaux connectés au service de la santé des assurés. Il est rappelé que « Le numérique est un vecteur de partage de l'information et du pouvoir avec les usagers et constitue ainsi une composante centrale de la démocratie sanitaire. » D'autres actions sont prévues dans le cadre de cette stratégie numérique comme par exemple le déploiement du dossier médical partagé et de la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) ; la mise à disposition d'un GPS santé dans le cadre du service public d'information sur la santé.

## Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - Traitements de données à caractère personnel - Autorisation unique

[Délibération n° 2015-175 du 11 juin 2015](#) portant autorisation unique de traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal mis en œuvre par les structures de gestion conventionnées (AU-043) - "*Les programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal s'inscrivent dans le cadre du Plan cancer mis en place par le Gouvernement afin de réduire la mortalité et la lourdeur des traitements liés à une prise en charge tardive. En application de l'arrêté du 29 septembre 2006 modifié relatif aux programmes de dépistage des cancers, les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal sont mis en œuvre par des structures de gestion départementales ou interdépartementales qui ont passé une convention avec les représentants de l'Etat et de l'assurance maladie dans leur région. S'agissant du dépistage organisé du cancer colorectal, les laboratoires de biologie médicale-centres de lecture des examens définis par l'arrêté précité mettent en œuvre une plate-forme électronique dédiée au partage des résultats entre les différents acteurs du dépistage et comportant des données personnelles relatives à la santé des personnes. Dès lors, de tels traitements intervenant pour une finalité de santé publique relèvent de l'article 25-I (1°) de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et doivent, à ce titre, être autorisés par la CNIL. En vertu de l'article 25-II de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, la commission peut autoriser par une décision unique une catégorie de traitements qui répondent aux mêmes finalités, portent sur des catégories de données identiques et ont les mêmes destinataires ou catégories de destinataires. Les traitements de données à caractère personnel, automatisés ou non, mis en œuvre par les structures de gestion conventionnées aux fins d'exercice de leurs missions dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein peuvent, sous certaines conditions, relever de cette définition. Les structures de gestion conventionnées qui adressent à la commission une déclaration comportant un engagement de conformité pour les traitements de données à caractère personnel répondant aux conditions fixées par la présente décision unique sont autorisées à les mettre en œuvre. Tout traitement de données à caractère personnel qui excède le cadre ou méconnaît les exigences définies par la présente autorisation unique doit en revanche faire l'objet d'une demande d'autorisation spécifique*".

## RÈGLEMENTATION SANITAIRE

### Sé debates - Maladies infectieuses émergentes – Prévention – Gestion des crises



[Rapport d'information fait au nom de la délégation sénatoriale à la prospective sur la prévention et la gestion des crises liées aux maladies infectieuses émergentes](#) – 28 mai 2015 – En juillet 2012, la délégation à la prospective avait publié un premier rapport d'information consacré aux nouvelles menaces des maladies infectieuses émergentes. Dix leviers d'action avaient alors été identifiés pour prévenir la survenance de nouvelles maladies infectieuses et gérer les crises éventuelles dont notamment le fait de mieux informer sur les pathologies, les vecteurs et les prophylaxies des maladies émergentes ; d'inventer ou développer des méthodes de concertation pluridisciplinaires ou encore de réintroduire les protocoles classiques de lutte contre les pandémies, comme la mise en quarantaine. C'est sur la base de ce premier rapport que la délégation a souhaité entreprendre une seconde étude qu'elle a inscrite à son programme de travail pour la session 2014-2015. « *Les débats ont été centrés sur deux des leviers d'actions précédemment identifiés, afin d'approfondir la réflexion et de faire le point sur les avancées réalisées. Premièrement, celui des facteurs d'émergence des maladies infectieuses, qu'il faut aborder selon une approche pluridisciplinaire pour en avoir une vision d'ensemble. Deuxièmement, à l'ère du numérique, celui des nouvelles technologies qui restent trop peu utilisées comme outil de lutte contre les maladies infectieuses.* »

### Recherches biomédicales – Procédure d'autorisation – Autorisation expresse – Promoteur – Investigateur

[Décret n° 2015-692 du 18 juin 2015](#) modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches biomédicales mentionnées aux articles L. 1125-1, L. 1125-2 et L. 1125-3 du code de la santé publique – Ce décret actualise les dispositions réglementaires relatives aux recherches biomédicales nécessitant une autorisation expresse, au regard de l'intervention du règlement n° 1394/2007 du 13 novembre 2007 relatif aux médicaments de thérapie innovante. Il aménage également, dans un double souci de clarification et d'allègement, la procédure d'autorisation des recherches biomédicales portant sur les produits composés en tout ou partie d'organismes génétiquement modifiés (OGM).

### Maladies infectieuses – Notification obligatoire – Fiche – Modèle

[Arrêté du 8 juin 2015](#) modifiant le modèle de la fiche de notification figurant à l'annexe 27 de l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique.

### **Dispositifs médicaux – Contraceptifs – Prise en charge – Modalités**

[Arrêté du 18 juin 2015](#) portant modification des modalités de prise en charge des dispositifs contraceptifs inscrits au titre Ier sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

### **Médicaments de thérapie innovante – Préparation – Conservation - Distribution – Cession – Bonnes pratiques**

[Décision du 20 mai 2015](#) relative aux principes de bonnes pratiques de préparation, de conservation, de distribution et de cession des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement définis au 17° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

### **Produit de santé - Acte innovant – Prise en charge – Assurance maladie**

[Arrêté du 12 juin 2015](#) relatif aux modèles de documents à fournir lors du dépôt d'une demande de prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale - Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé arrêtent le modèle du budget prévisionnel pour une demande de prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale et le modèle de l'engagement du demandeur. Cet article prévoit que « tout produit de santé mentionné aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. »

### **Amiante – Rapports de repérage – Matériaux et produits liste A**

[Arrêté du 1er juin 2015](#) relatif aux modalités de transmission au préfet des rapports de repérage des matériaux et produits de la liste A contenant de l'amiante – Cet arrêté définit les modalités de transmission au préfet du département des rapports de repérage des matériaux et produits contenant de l'amiante. Les rapports concernés par cette obligation de transmission sont les rapports de repérage des matériaux et produits de la liste A de l'annexe 13-9 du code de la santé publique pour lesquels l'opérateur de repérage a émis, suite au résultat de l'évaluation de l'état de conservation, pour au moins un matériau ou produit, une préconisation de mesure d'empoussièrement ou de travaux de confinement ou de retrait de l'amiante. Cette obligation de transmission concerne les rapports de repérage réalisés dans tout ou partie d'immeubles bâtis dont le permis de construire a été délivré avant le 1er juillet 1997, à l'exception des immeubles d'habitation ne comportant qu'un seul logement et des parties privatives des immeubles collectifs d'habitation.



## TUTELLES

### Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) – Personnes vulnérables – Consentement



Avis sur le consentement des personnes vulnérables  
Assemblée plénière du 16 avril 2015 – adoptée à l'unanimité

1. Par lettre du 5 janvier 2015, la Secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie sollicite – en vertu de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) – un avis sur les possibles évolutions législatives, réglementaires et de pratiques professionnelles permettant de mieux respecter les droits des personnes et d'assurer la meilleure expression possible de leur volonté lorsque leurs facultés de discernement altérées – Cette demande de la Secrétaire d'Etat est venue de l'interpellation sur les tutelles dont on peut assurer le respect effectif des droits des personnes vulnérables – en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie – en clarifiant le respect de l'autonomie et l'impératif de protection.
2. On constate en effet depuis quelques décennies, que la place accordée à la personne et à son consentement est devenue une préoccupation importante des institutions judiciaires et médicales, qui ont été actives de la Recommandation n° 1212 et de 23 février 1998 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe laquelle vise les principes de la « protection des droits et de la dignité de la personne » et du « respect de son identité et de son autonomie ». Et affirme ainsi, tout en insistant sur la protection de son droit par elle-même et par la personne concernée du droit, « la personne a le droit de décider de son caractère personnel, et à tout moment, dans la mesure de sa capacité lui propre », ainsi qu'en est le cas, notamment, de l'âge qui est lié à la mesure de la relation de cause à effet, de celui qui est accordé à l'usage dans l'action sociale, et du respect de l'autonomie de la personne elle-même sans jamais de protection.
3. Pour autant, les pratiques et les recherches menées par la CNCDH ont montré que, dans la pratique, les réalités sont encore très contrastées et que de nombreuses personnes particulièrement vulnérables à décider pour elles-mêmes sont toujours en situation de dépendance, sans consentement au lieu d'être, et encore trop souvent aliéné lorsqu'il n'est pas présent et simplement absent, au motif de protéger la personne, dont le jugement serait altéré, comme elle-même. Cette situation concerne essentiellement les personnes âgées. Celles-ci n'ont souvent plus les moyens de l'acquiescer, et ont peu de recours pour défendre les conditions de leur vie, ce qui est en fait une situation de dépendance à l'égard des personnes vulnérables, comme les personnes handicapées qui doivent être mises à disposition de tutelles. L'avis de la CNCDH est celui de la nécessité de ne pas se limiter à la faculté de décider. Le droit est encore plus opaque et peut devenir lui-même un lieu de manipulation.
4. Cette attention accrue au consentement prend place dans un débat plus large de philosophie des droits, entre deux conceptions de la personne humaine, ainsi, aux termes de la Recommandation n° 1212 du 23 février 1998 du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe, « la personne humaine est un être libre et autonome ». Cette recommandation est reprise dans l'article 1er de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, et dans l'article 1er de la Déclaration des Droits et du Respect de la Liberté de l'Homme et du Citoyen de 1948, et dans l'article 1er de la Déclaration des Droits et du Respect de la Liberté de l'Homme et du Citoyen de 2000, qui affirme que « la dignité de la personne humaine est inviolable et sacrée ». Elle est également reprise dans l'article 1er de la Déclaration des Droits et du Respect de la Liberté de l'Homme et du Citoyen de 2000, qui affirme que « la dignité de la personne humaine est inviolable et sacrée ». Elle est également reprise dans l'article 1er de la Déclaration des Droits et du Respect de la Liberté de l'Homme et du Citoyen de 2000, qui affirme que « la dignité de la personne humaine est inviolable et sacrée ».

[Avis du 16 avril 2015 de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur le sur le consentement des personnes vulnérables](#) - La CNCDH a été saisie par la Secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie sur les possibles évolutions législatives, réglementaires et de pratiques professionnelles permettant d'assurer la meilleure expression possible de leur volonté lorsque leurs facultés deviennent altérées. Dans son avis en date du 16 avril dernier la CNCDH formule cinq propositions d'évolutions législatives et réglementaires : Parmi ces propositions d'évolution on peut noter la révision du délai octroyé pour la protection d'un majeur. Le dispositif est actuellement prononcé pour vingt ans. Le CNCDH recommande là une révision régulière qui pourrait intervenir tous les trois ans. Elle propose une évaluation qualitative annuelle par un tiers extérieur de toute mesure de protection d'un majeur, ceci afin de vérifier si le consentement de la personne est respecté par le chargé de la mesure. En matière de consentement aux soins, elle suggère de prendre en compte le "consentement gradué afin de favoriser l'autonomie de la personne dont la volonté peut être imparfaite mais souhaite tout de même l'exprimer et consentir, et qui doit pouvoir le faire en fonction de son discernement". La commission préconise également de « s'assurer que le consentement de la personne vulnérable a effectivement été recueilli et pris en compte pour les actes qui la concernent (choix du lieu de résidence, placement en institution, consentement aux soins et aux traitements) ».

## DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

### Etablissement recevant du public – Règlement de sécurité – Modification

[Arrêté du 28 mai 2015](#) portant modification du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public – Sont annexées à cet arrêté les modifications et adjonctions apportées aux dispositions du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. Ces dispositions entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015.



### Investissement - Immobilier - Cadre juridique - Coûts

[Guide de l'ANAP](#) : "Évaluation des procédures d'investissement en santé - Première approche" - "Lors de la réalisation d'une opération d'investissement immobilier, les établissements de santé et médico-sociaux ont le choix entre plusieurs procédures dont les plus courantes sont : la loi relative à la Maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'œuvre privée dite Loi MOP, la Conception-réalisation (CR) ou le Partenariat public privé (PPP). Cependant quelles analyses de risques chacune de ces procédures emportent-elles tant en termes calendaires, économiques, de qualité perçue, de coûts de financement et de fonctionnement ? Une meilleure connaissance des enjeux principaux liés à l'une ou l'autre des procédures doit permettre aux décideurs d'établissements sanitaires et médico-sociaux de sécuriser leurs investissements immobiliers en vue de mieux appréhender leur gestion patrimoniale. L'étude évalue près d'une centaine de projets d'établissements sanitaires et de services médico-sociaux réalisés sur les dix dernières années suivant les trois modèles (MOP, CR, PPP) pour 1,8 million de m<sup>2</sup> construits et 4,6 milliards d'euros d'investissement. Elle inclue une évaluation des trois procédures suivant l'analyse des trois objectifs principaux que constituent une opération immobilière (qualité, coûts et délais). Des enseignements convergents issus de retours d'expériences ont émergé. Ils portent sur trois axes : le pilotage par la personne publique ; un regard « critique » sur les procédures actuelles et la généralisation de la prise en compte du coût global. Cette publication de l'ANAP est accompagnée par une analyse détaillée de la totalité des résultats ainsi que d'un outil d'aide à la réflexion lors du choix d'une procédure d'investissement".

## COMMANDE PUBLIQUE

**Article 34 de la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques – Contrats de partenariat - Baux emphytéotiques administratifs (BEA) - Baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) - Contrats de crédit-bail - Autorisation d'occupation temporaire (AOT)**

[Fiche pratique de la Direction des affaires juridiques de Bercy « Interprétation de l'article 34 de la Loi n°2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014-2019 »](#) - Juin 2015 -

L'article 34 de la loi du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques (LPPF) interdit, notamment aux établissements public de santé, de conclure des contrats de partenariat, des autorisations d'occupation temporaire (AOT), des baux emphytéotiques administratifs (BEA), des baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) ou des contrats de crédit-bail ayant pour objet la réalisation, la modification, ou la rénovation d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété. La Direction des affaires juridiques de Bercy est venue préciser l'interprétation de ces dispositions dans une fiche pratique en confirmant tout d'abord que les « *conventions d'occupation domaniale pures restent possibles* ». Les BEA, BEH et AOT n'impliquant pas la réalisation d'ouvrages ou équipements répondant aux besoins de la personne publique peuvent ainsi toujours être utilisés pour valoriser le patrimoine. La DAJ indique ensuite que l'acquisition d'un équipement ou d'un bien immatériel standard ou courant au moyen d'un crédit bail échappent à l'interdiction de l'article 34 qui ne vise en effet que les opérations relatives à « *la réalisation, la modification ou la rénovation* » d'équipement. A titre d'exemple, sont ainsi exclus du champ d'application de l'article 34, « *l'achat de matériel de reprographie ou d'équipements médicaux par la voie du crédit-bail* » dès lors que « *le pouvoir adjudicateur ne modifie pas les procédés de fabrication ou les caractéristiques du matériel pour l'adapter aux particularités de ses besoins* ». En effet, le recours au crédit-bail pour l'acquisition d'équipements qui nécessitent des adaptations ou qui sont réalisés en fonction des exigences spécifiques d'une personne public restent prohibés.

## FRAIS DE SÉJOUR

### Produit de santé - Evaluation - Acte innovant - Prise en charge par l'assurance maladie - Référentiel

[Arrêté du 12 juin 2015](#) relatif au référentiel précisant les éléments justificatifs requis pour l'évaluation d'un produit de santé ou d'un acte faisant l'objet d'une demande de prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale - Tout produit de santé ou acte innovant susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique. Cette prise en charge relève de l'assurance maladie. Cet arrêté fixe en annexe le référentiel établi sur proposition de la Haute autorité de santé précisant les éléments justificatifs requis pour l'évaluation de ces produits et actes.

### Obligé alimentaire - Aliments ne s'arrangent pas - Créance hospitalière – Recouvrement

[Cour de Cassation, 24 juin 2015, n°14-15.538 et C 14-19.562](#) - Mme X. a été hospitalisée au centre hospitalier Y. du 22 janvier au 23 juillet 2008. La caisse de sécurité sociale ayant délivré un accord de prise en charge limité jusqu'au 3 juin 2008, les frais de séjour sont demeurés à la charge de la patiente, laquelle, en état d'impécuniosité, ne les a pas réglés. L'hôpital a alors assigné en paiement les enfants de la patiente, en leur qualité de débiteurs d'aliments. La Cour d'appel de Lyon a débouté le centre hospitalier Y. de ses demandes. La Cour de cassation confirme l'arrêt en décidant que « *le recours d'un établissement public de santé contre les débiteurs alimentaires d'une personne hospitalisée est à la mesure de ce dont ces débiteurs sont redevables ; que, la règle « aliments ne s'arrangent pas » étant fondée sur l'absence de besoin et sur la présomption selon laquelle le créancier a renoncé à agir contre ses débiteurs alimentaires, elle s'apprécie en la seule personne du créancier d'aliments* ». Dès lors, « *ayant constaté, dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation, que l'établissement public ne renversait pas la présomption, selon laquelle Mme X., qui était hébergée depuis plusieurs mois lorsque la prise en charge par la sécurité sociale s'était interrompue, avait renoncé à agir contre ses débiteurs alimentaires, la cour d'appel a légalement justifié sa décision* ».

## PUBLICATIONS AP-HP

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

