

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1er au 15 mai 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Responsabilité médicale	page 3
Personnel	page 4
Patient Hospitalisé	page 6
Propriété intellectuelle - Informatique	page 7
Réglementation sanitaire	page 7
Tutelle	page 8
Publications	page 9

[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

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Inspection générale des finances (IGF) - Etablissements publics de santé – Financement – Secteur bancaire

Rapport de l'Inspection générale des finances (IGF) « Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire » - Mars 2013 – Essentiellement détenu par des banques nationales, « *l'encours de prêts de moyen et long terme des hôpitaux a quasiment triplé entre 2003 et 2011, passant de 9 Md€ à plus de 24 Md€* ». La première partie du rapport porte sur le « *financement de court terme à travers les lignes de trésorerie* », et met en lumière les réticences des établissements, notamment liées au « *renforcement des règles prudentielles* » et « *l'apparition d'incidents de paiement* ». Sept propositions sont formulées sur ce point, portant sur la mise en place d'un « *plan de trésorerie prévisionnel* » validé semestriellement par les ARS, ou la mise en place d'un « *fonds de roulement de sécurité* ». La seconde partie de ce rapport traite des « *emprunts bancaires de moyen et long terme* », et souligne que les banques se montrent prudentes dans le financement du secteur public hospitalier, du fait du « *risque hospitalier qui se dégrade* » et qui se « *dissocie des collectivités locales* ». Le rapport préconise la mise en place d'un « *dispositif efficace de prévention et de traitement des incidents de paiement* », ainsi que d'un « *dispositif généralisé d'autorisation préalable de recours à l'emprunt* » par l'ARS.

IGAS – Réseaux territoriaux – Inspection contrôle – ARS

Rapport de l'IGAS, « Les conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les réseaux territoriaux, ARS et DRJSCS/DDI (domaine social) et leurs partenaires nationaux et locaux » - Janvier 2013 - Ce rapport a pour ambition « *de dégager les principales conditions favorisant une meilleure articulation des démarches d'inspection contrôle entre les deux réseaux territoriaux : agences régionales de santé (ARS) et directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)/directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations) DDCS (PP) et entre ceux-ci et leurs partenaires nationaux et locaux* ». La mission dresse dans un premier temps un état lieu destiné à « *identifier les différentes autorités* » et à « *recenser les bonnes pratiques des acteurs* ». Par la suite, elle identifie plusieurs niveaux de collaboration, et indique la nécessité de généraliser les protocoles comportant un volet inspection contrôle « *développé et nourri* ». Le rapport indique que « *sans suivi à ce niveau de responsabilité, les préconisations des rapporteurs risquent à terme de rester lettre morte, alors que le domaine traité est particulièrement sensible* ».

IGAS – Certification – évaluation – Contractualisation – Contrôle- ARS

Rapport de l'IGAS, « Articulation de la fonction inspection contrôle des ARS avec les autres fonctions concourant à l'amélioration de la qualité au sein des établissements sanitaires et médicosociaux (certification, évaluation, contractualisation) » - Février 2013 – Ce rapport a pour ambition « *d'analyser et de proposer des solutions permettant d'assurer une meilleure articulation entre la fonction inspection-contrôle exercée par les ARS et les autres démarches visant à améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge au sein de établissements* » : certification HAS, évaluation de l'ANESM, contractualisation « *sur la base des orientations* » définies par le Ministère en charge de la santé. Le rapport propose une « *vision intégrative* » de l'inspection-contrôle, tout en relevant un décalage entre les secteurs sanitaire et médico-social. La mission préconise enfin « *cinq axes de propositions* », à travers notamment la formalisation des articulations entre les différentes démarches, ou la création de « *cartes d'identité qualité par établissement* », qui centraliserait les données collectées lors des différentes démarches.

EHPAD - Soins - Qualité - Efficience - Gestion des risques

Circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/3A/DGOS/PF2/2013/132 du 29 mars 2013 relative aux actions de l'axe de gestion du risque concernant la qualité et l'efficience des soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à conduire en 2013 par les agences régionales de santé – Dans la continuité de l'instruction du 1^{er} février 2013 relative aux priorités de gestion du risque en 2013 cette circulaire précise les actions et axes de gestion attendus des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du programme « *qualité et efficience des soins en EHPAD* ». La circulaire précise qu'en « *2013, les ARS poursuivront et approfondiront la diffusion de la culture de gestion du risque (GDR) en EHPAD au moyen de réunions infrarégionales avec les établissements. Comme en 2012, l'objectif est d'inciter les EHPAD à mettre en œuvre des actions visant à améliorer la qualité et l'efficience de la prise en charge des résidents sur la base des recommandations notamment élaborées par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM)* ».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Acte médical- Risques - Information du patient

Tribunal administratif de Montreuil, 10 avril 2013, n°1209334 - M. X demande au juge des référés de condamner l'établissement de santé Y à lui verser une provision, sur le fondement des dispositions de l'article R. 541-1 du Code de justice administrative et soutient ne pas avoir été informé avant l'intervention chirurgicale qu'il a subi, des risques que comportait l'utilisation d'un diverticuloscope sur sa dentition. Les juges du fond rejettent sa demande et considèrent que l'intervention subie par M. X était rendue nécessaire par son état de santé, ceci afin d'échapper à un risque de complications respiratoires. « *Par suite, si l'intéressé soutient que les médecins ont méconnu leur obligation légale d'information des risques que comportait l'utilisation d'un tel procédé sur sa dentition, l'obligation dont se prévaut M. X apparaît sérieusement contestable en l'absence d'élément complémentaire établissant que l'intéressé aurait disposé d'une possibilité raisonnable de refus* ».

Domage - Médiateur - Lien de causalité - Expertise médicale – Utilité

Cour administrative d'appel de Marseille, 15 avril 2013, n°11MA00780 - Mme X relève appel de l'ordonnance du 15 février 2011 par laquelle le juge des référés du Tribunal administratif de Nîmes a rejeté sa demande tendant à prescrire une expertise médicale en vue de déterminer si la valvulopathie dont elle est atteinte présentait un lien de causalité avec la prise du médicament Médiator. La requête de Mme X tend également à la condamnation de l'AFSSAPS à lui verser une provision de 1000 euros à valoir sur les honoraires de l'expert. La cour administrative d'appel de Marseille retient que Mme X soutient que les lésions qu'elle présente sont en lien avec la prise de ce médicament, laquelle est établie par un certificat médical du 1^{er} février 2011 mentionnant un traitement de Mme X par du Médiator entre 1998 et 2009 ; « *qu'ayant pour but d'évaluer l'origine des lésions que Mme X présente et de déterminer si celles-ci peuvent ou non s'expliquer autrement que par la prise du médicament Médiator, la mesure d'expertise demandée (...) est utile pour permettre éventuellement aux parties de faire valoir leurs droits* ». La cour fait donc droit à la demande de Mme X sur ce point. En revanche, elle rejette sa demande de condamnation de l'AFSSAPS à lui verser une provision, « *l'existence d'une obligation de l'AFSSAPS à son encontre du fait de la valvulopathie dont elle souffre étant sérieusement contestable* », en l'absence notamment d'expertise médicale à ce jour.

Cathéter mal positionné - Antécédents de la patiente – Responsabilité

[Cour administrative d'appel de Paris, 8 avril 2013, n°11PA01278](#) - Les faits sont les suivants : Mme X a été prise en charge le 21 août 2006 au sein de l'hôpital Y, à la suite d'un accident de la circulation. L'équipe médicale a décidé de pratiquer rapidement une longue opération de chirurgie orthopédique afin de réduire au plus vite les fractures des quatre membres que présentaient la patiente, et notamment les deux foyers fracturaires au niveau des fémurs, source d'hémorragie importante, et d'éviter ainsi tout choc hémorragique. Au terme de cinq heures d'intervention, Mme X a été victime de deux arrêts cardio-circulatoires. Elle a alors présenté un état de mort cérébrale et est décédée le 25 août 2006. Par un arrêt avant dire droit, la Cour administrative d'appel de Paris a, le 12 mars 2012, annulé le jugement du Tribunal administratif de Melun en date du 3 décembre 2010 qui avait rejeté la demande de M. X tendant à l'indemnisation du préjudice résultant du décès de son épouse, et ordonné un complément d'expertise afin de déterminer les causes du décès de Mme X.

Sur le fondement de ce rapport d'expertise, la Cour administrative d'appel de Paris rejette la requête de M. X en considérant que le décès de Mme X est dû à un accident médical qui n'ouvre pas droit à réparation au titre de la solidarité nationale et la responsabilité de l'hôpital Y ne saurait être engagée, le déplacement du cathéter durant l'opération " *ne résultant pas d'un geste fautif* " .

PERSONNEL

Etablissements publics de santé - Médecins étrangers - Recrutement - Autorisation de travail - Traitement des dossiers

[Circulaire du 30 avril 2013](#) relative au traitement des dossiers de demande d'autorisation de travail en vue du recrutement de médecins étrangers par les établissements publics de santé – Cette circulaire concerne les postes de chefs de cliniques ou assistants associés de maîtres de conférences ou professeurs associés, les lauréats au concours et à l'examen de la procédure d'autorisation d'exercice ainsi que les médecins étrangers inscrits en formation qualifiante en France. Elle a pour objectif « *de répondre aux questions soulevées par les services de la main d'œuvre étrangère (SMOE) et les préfetures, lors de l'examen des demandes d'autorisation de travail des médecins étrangers, ressortissants d'États tiers non membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse ou ressortissants roumains et bulgares pendant la durée de la période transitoire. Elle doit permettre de faciliter le règlement de situations en rappelant, pour chacun des statuts concernés, la réglementation applicable.* »

Professions paramédicales - Non ressortissants Union européenne - Qualifications professionnelles – Reconnaissance

[Circulaire n°DGOS/RH2/2013/165 du 18 avril 2013](#) relative aux procédures de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un Etat hors Union européenne ou non partie à l'Association Européenne de Libre Echange titulaires d'un titre de formation délivré par un des Etats membres ou parties (professions paramédicales) - La reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants d'un Etat non membre de l'Union européenne ou non partie à l'Association Européenne de Libre Echange¹ (AELE) titulaires de titres de formation délivrés par l'un des Etats membres ou parties est prévue par l'article 19 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (article L. 4381-4 du Code de la santé publique). La définition des modalités de vérification de la maîtrise des compétences linguistiques doit intervenir par décret et la fixation de quotas par profession de personnes pouvant bénéficier de ce dispositif par arrêté.

Actuellement « *le contrôle des connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession est déjà assuré par les structures ordinales lorsque la profession dispose d'un ordre et par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les autres professions.(...) Dans l'attente de la modification des textes par un vecteur législatif approprié, la présente circulaire a pour objet d'expliquer les conditions de prise en compte de ces situations. En effet, selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat, lorsque l'application d'un dispositif législatif n'est pas manifestement impossible en l'absence de mesures d'application, celui-ci entre immédiatement en vigueur.* »

Personnels - Créances - Paiements indus - Prescription - délais

[Circulaire du 11 avril 2013](#) relative au délai de la prescription extinctive concernant les créances résultant de paiements indus effectués par les services de l'Etat en matière de rémunération de leurs agents - Cette circulaire précise les modalités d'application de règles résultant de la loi n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 de finances rectificative pour 2011 (article 94.I), qui a créé un article 37-1 dans la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Cette loi définit un nouveau délai de prescription extinctive de deux ans en ce qui concerne les créances résultant de paiements indus effectués par les personnes publiques en matière de rémunération de leurs agents. Les créances sont répétées dans ce délai de deux ans, "que les paiements indus résultent d'une erreur de liquidation ou d'une décision créatrice de droits", sauf notamment lorsque l'agent "omet de prévenir l'administration d'un changement dans sa situation personnelle ou familiale" (5 ans), ou s'il "transmet de fausses informations lui permettant d'obtenir un avantage financier indu" (pas de délai de prescription). Pour les créances nées avant le 30 décembre 2011, la circulaire précise que "l'entrée en vigueur de la nouvelle règle de prescription entraîne la fin du délai en cours et en ouvre un nouveau de 2 ans. Cependant, le délai de prescription total (délai écoulé avant l'entrée en vigueur de la nouvelle règle additionné au nouveau délai de 2 ans) ne peut dépasser 5 ans". La circulaire conclut "qu'en maintenant le versement indu et en tardant à réclamer les sommes trop perçues, l'administration commet une négligence constitutive d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'Etat et ce, même lorsque la créance n'est pas encore prescrite. L'administration doit tout mettre en œuvre pour procéder à la régularisation de la situation de l'agent public dans un délai raisonnable d'autant que la responsabilité du comptable peut être engagée du fait d'un manque de diligence pour recouvrer les recettes".

Accident de service – Imputabilité

[Conseil d'Etat, 6 février 2013, n°355325](#) - En l'espèce, alors qu'un agent rentrait de son lieu de travail à son domicile, sa voiture a été heurtée par un véhicule dont le conducteur a refusé de s'arrêter. Cet agent a poursuivi le véhicule, l'obligeant par une manœuvre à s'arrêter (M. X a placé sa propre voiture au travers du chemin du véhicule qui l'avait accroché pour le forcer à s'arrêter, puis s'est mis lui-même devant le véhicule pour l'empêcher de repartir). Une altercation s'en est suivie et M. X a été blessé, le véhicule ayant roulé sur son pied droit. Cet accident a occasionné à l'intéressé une incapacité temporaire de vingt jours. Son employeur a, quant à lui, refusé de reconnaître l'imputabilité de cet accident au service. Le Conseil d'Etat conclut, dans de telles circonstances, que le comportement délibéré de l'agent public fait obstacle à la qualification de son accident en accident de service.

PATIENT HOSPITALISÉ

Dossier médical - Patient hors d'état d'exprimer sa volonté - Accès - Médecin médiateur - Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

[CADA, 28 mars 2013, Conseil n°20131183](#) – Dans cet avis, la CADA étudie le "*caractère communicable, au médiateur médecin de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), du dossier médical d'un patient hors d'état de manifester sa volonté, ne bénéficiant pas d'une mesure de protection, et dont les proches (parents, enfants, époux) auraient formulé une plainte sur ses conditions de prise en charge médicale*". La CADA estime qu' "*à l'exception des cas dans lesquels le patient a donné un mandat exprès à un tiers ou fait l'objet d'une mesure de tutelle, aucune disposition du code de la santé publique ne permet au médiateur médecin de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, ni directement, ni par l'intermédiaire de la famille ou des proches du patient, de prendre connaissance du dossier médical de celui-ci, alors même qu'il n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté*".

Peu de temps avant, le CNOM avait estimé, dans un courrier du 18 mars 2013, que "*dans le cas particulier, l'article L. 1112-3, 4ème alinéa du code de la santé publique précise que « la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (...) peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses avants droit si elle est décédée »*". C'est pourquoi il concluait que "*le droit au respect du secret médical fait obstacle à ce que le médecin médiateur puisse avoir accès au dossier médical de la personne concernée sans son accord*".

PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

CNIL – Rapport d’activité 2012

[Rapport d'activité 2012 de la CNIL](#) – Dans son rapport annuel, la CNIL met en avant pour l’année 2012 une activité croissante : 6017 plaintes soit une hausse de + 4,9% par rapport à 2011 - 10 709 organismes ont désigné un correspondant soit + 24 % par rapport à 2011 – 458 contrôles effectués. L’année 2012 se caractérise par de nombreuses initiatives de la CNIL pour accompagner les acteurs dans leur démarche de conformité, notamment la mise en ligne d’outils tels que des fiches pratiques (« données personnelles au travail ») et des guides (« guide de la sécurité informatique »).

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Dossier pharmaceutique – Etablissements de santé – Expérimentation – Appel d’offres

[Instruction N°DGOS/PF4/PF2/2013/171 du 25 avril 2013](#) relative à l'appel d'offres PREPS spécifique pour évaluer 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. Dans ce contexte et dans le cadre du programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), la Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS) lance un appel d’offres spécifique pour évaluer l’impact de la mise à disposition de données relatives à la prise en charge médicamenteuse du patient.

Contraception d’urgence – Prescription – Délivrance – Recommandation

[Recommandations de la HAS](#) « Contraception d’urgence : prescription et délivrance à l’avance » - Avril 2013 – Saisie par la Direction générale de la santé (DGS) afin d’évaluer la pertinence et les risques d’une prescription à l’avance d’une pilule de contraception d’urgence (PCU) à titre systématique, la Haute Autorité de santé (HAS) formule des recommandations à destinations des décideurs publics et des professionnels de santé et les associations des usagers en liens avec les questions de contraception de sexualité et de prévention : Replacer la contraception d’urgence dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive - Améliorer l’information sur la contraception d’urgence - Envisager une prescription à l’avance de la pilule de contraception d’urgence au cas par cas qui peuvent inclure les situations suivantes : « *les femmes ayant des difficultés d’accès à la contraception d’urgence (par ex. difficulté d’accès à une pharmacie, difficultés financières), les femmes voyageant à l’étranger, les femmes utilisant comme méthode contraceptive le préservatif ou d’autres méthodes moins efficaces.* »

TUTELLE

Dotations régionales - Mandataires judiciaires à la protection des majeurs - MJPM - Frais de fonctionnement

[Arrêté du 3 mai 2013](#) fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles - Cet arrêté fixe en annexe le montant des dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs relevant du I de l'article L. 361-1 du code de l'action sociale et des familles. Pour l'Ile-de-France, ce montant est de 22 234 197 euros.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

