

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 16 au 30 avril 2015

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

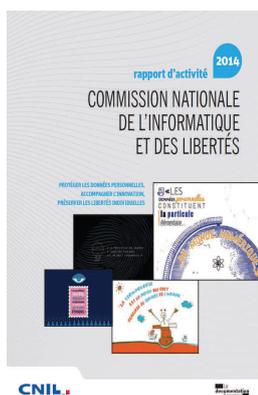
**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

Propriété intellectuelle - Informatique	<a href="#">page 2</a>
Personnel	<a href="#">page 2</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 7</a>
Commande publique	<a href="#">page 8</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 10</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 12</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 13</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 13</a>
Domaine public et privé	<a href="#">page 14</a>
Publications	<a href="#">page 16</a>

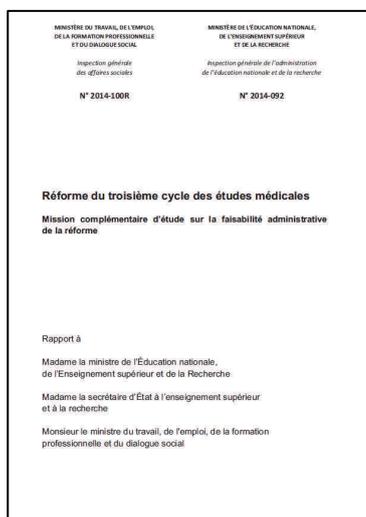
## PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

### Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) – Rapport d'activité – 2014



Rapport d'activité 2014 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés – Avril 2015 - La CNIL publie son 35<sup>ème</sup> rapport d'activité. « L'année 2014 a une fois encore montré une activité de la CNIL en croissance avec 11000 demandes provenant de particuliers : 5825 plaintes dont 39% concernent l'e-réputation et 5240 demandes de droit d'accès indirect. L'actualité nationale et internationale a placé les données personnelles au centre du débat public : consécration du droit au déréférencement, projet de loi sur le numérique, projet de loi relatif au renseignement, rapport du Conseil d'Etat, négociations du règlement européen, etc. La CNIL accompagne la transition numérique des acteurs professionnels en développant des outils de conformité plus souples. Elle favorise aussi la responsabilisation des individus en leur proposant des outils pour mieux maîtriser leurs données personnelles. »

## PERSONNEL



**Etudes médicales - Troisième cycle - Réforme - Inspection générales des affaires sociales (IGAS) - Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)**

Rapport de l'IGAS et de l'IGAENR : "Réforme du troisième cycle des études médicales - Mission complémentaire d'étude sur la faisabilité administrative de la réforme" – « *A la fin de l'année 2009, les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi l'IGAS et l'IGAENR d'une mission conjointe en vue de dresser un bilan de l'organisation actuelle du troisième cycle des études médicales et du post-internat* ». A la suite de l'identification des axes d'amélioration de l'organisation actuelle, ce groupe de travail est « chargé d'émettre des propositions en vue d'une restructuration de ce cycle, sans allongement de la durée des études ». Il a notamment pour mission de réaliser « une évaluation financière de la réforme et en particulier de l'instauration de la période de mise en responsabilité », et d'analyser « l'impact de la restructuration du troisième cycle des études médicales en termes d'accès au secteur 2 ». Le rapport est organisé en trois parties : « les grands principes de cette réforme pédagogique, [...] les impacts dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine des universités, plus communément appelé sur ce sujet précis et pratique « subdivisions » ainsi que ceux qui ont trait à l'organisation du monde de l'hôpital et de la santé en général ». Quatorze recommandations sont formalisées, notamment « d'abandonner pour la phase 3 de l'internat le terme de « mise en responsabilité » » et d'appeler les internes durant cette phase des « praticiens en phase d'autonomie supervisée (PPAS) », « de maintenir la rentrée 2016 comme objectif pour mettre en œuvre la réforme du troisième cycle des études médicales », « de fixer le traitement des internes / praticiens mis en autonomie supervisée à un niveau identique à celui des assistants des hôpitaux 1<sup>er</sup> échelon (hors indemnité d'engagement du service public exclusif) », et de « ne pas modifier la politique conventionnelle pour l'accès au secteur 2 à partir de la réforme ».

## Conseil national de l'Ordre des médecins - Observatoire de la sécurité des médecins - Année 2014 - Recensement national des incidents



Rapport de l'Observatoire de la sécurité des médecins en 2014 – « L'Observatoire de la sécurité des médecins 2014 fait état de la persistance d'un niveau élevé de violence à l'égard des médecins : il s'agit du troisième niveau le plus élevé depuis 2003 ». Les résultats 2014 de cet Observatoire, créé en 2003 par le Conseil national de l'Ordre des médecins pour assurer un suivi des incidents auxquels sont confrontés les médecins dans le cadre de leur exercice, sont fondés sur le recensement de plus de 900 fiches de déclaration d'incidents. Il ressort de l'analyse de ces fiches que « c'est, comme chaque année, entre janvier et juin que le nombre de fiches recensées a été le plus élevé (463 fiches en 2014), ce nombre ayant diminué lors du second semestre (438 fiches pour l'an dernier). La fermeture des cabinets ou leur prise en charge par des médecins remplaçants (moins au fait des procédures) pendant la période estivale explique sans doute cette évolution ». Concernant la liste des départements dans lesquels sont recensés le plus d'incidents, Paris fait partie des dix départements où le plus de déclarations ont été enregistrées (27 fiches) : « on constate dans cette liste une forte surreprésentation des départements à caractère plutôt populaire et/ou franciliens, même si pour ces derniers on enregistre cette année une baisse non négligeable du nombre de déclarations d'incident ». Les médecins généralistes restent les plus touchés, suivis « comme chaque année les ophtalmologues (64 fiches, ce qui correspond à 7% du total), sans doute en partie à cause des longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous. Les dermatologues (4%), les gynécologues/obstétriciens (3%), les rhumatologues (3%), les psychiatres (en contact avec des publics particulièrement difficiles 3%), les médecins du travail (2%) et les pédiatres (2%) font également partie des praticiens les plus touchés.

Soulignons par ailleurs que les femmes sont en 2014 légèrement surreprésentées parmi les médecins ayant déclaré un incident. Elles ont été à l'origine de 47% des fiches recensées alors qu'elles représentent (en 2014) 44% de la profession.

Enfin, il est intéressant de remarquer que, comme l'année précédente, la forte majorité des médecins victimes des violences dispose d'un secrétariat (58%). Les chiffres révèlent par ailleurs une baisse des agressions verbales et des menaces, alors que les agressions physiques « n'enregistrent en revanche pas de régression ». En outre, « la proportion de déclarations émanant d'établissements de soins recule quant à elle sensiblement (11%, -9 points), après la hausse observée l'an dernier. L'exercice en établissement public concentre l'essentiel des violences déclarées : 6% contre 3% pour les établissements privés. Notons que les services d'urgence sont concernés par 2% des déclarations. Ce dernier chiffre est loin d'être négligeable si l'on tient compte de la très faible proportion que représentent les consultations en service d'urgence par rapport au nombre total des consultations médicales ».

## Insee - Fonction publique - Salaires nets moyens – Inflation



"Les salaires dans la fonction publique en 2013 (premiers résultats)", Lettre *Informations Rapides* de l'Insee n° 101 du 27 avril 2015 – Cette lettre publiée par l'Insee analyse une « baisse des salaires nets moyens en euros constants » entre 2012 et 2013. « Dans le secteur hospitalier public (SHP), le salaire net moyen croît de 0,6 % en euros courants entre 2012 et 2013 et baisse de 0,2 % en euros constants. Le salaire net moyen en EQTP est de 2 240 euros par mois en 2013 ». A titre comparatif, « dans la fonction publique de l'État (FPE), ministères et établissements publics confondus, le salaire net moyen en équivalent-temps plein (EQTP) augmente de 0,1 % en euros courants entre 2012 et 2013. Compte tenu de l'inflation, il baisse de 0,7 % en euros constants. Il atteint en moyenne 2 470 euros nets par mois en 2013. Dans la fonction publique territoriale (FPT), l'évolution entre 2012 et 2013 est de + 0,7 % en euros courants, soit - 0,1 % en euros constants. Le salaire net moyen en EQTP est de 1 850 euros par mois en 2013 ». L'Insee explique les différences d'évolution entre salaire net et salaire brut « notamment par l'augmentation du taux de cotisation pour pension civile des

titulaires pour l'aligner sur celui du secteur privé et, pour les salariés concernés, par l'effet en année pleine de la suppression de l'exonération de CSG et CRDS sur les heures supplémentaires appliquée à partir de septembre 2012 ». Les écarts entre les trois fonctions publiques « résultent principalement des différences de structure en termes de catégorie statutaire, de type d'emploi occupé et d'âge ». L'Insee évoque par la suite la rémunération moyenne des personnes en places, entendue comme « le salaire moyen en EQTP des seules personnes présentes deux années complètes (24 mois consécutifs) chez le même employeur et ayant la même quotité de temps de travail les deux années (le nombre d'heures supplémentaires rémunérées pouvant toutefois varier d'une année sur l'autre) ». Deux tiers des agents sont dans ce cas.

## Fonction publique hospitalière – Répertoire des métiers - répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie

Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – Mars 2015 - « Depuis sa 1ère édition en 2004, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière accompagne les mutations des organisations hospitalières au bénéfice de l'ensemble des professionnels. Outil de référence dans ce domaine, le répertoire apporte une forte plus-value dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), que ce soit pour procéder aux recrutements, construire les parcours professionnels des agents, déterminer leurs besoins en formation, faciliter leur mobilité, accompagner une demande de reclassement. » Cette troisième version du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière est entièrement dématérialisée. Renforcé sur les champs du secteur social et médico-social, l'outil prend désormais le nom de répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie.

## 12836 - Etablissement de santé – Tableau prévisionnel des effectifs rémunérés

Arrêté du 9 avril 2015 fixant le modèle de présentation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés 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 - Le modèle de présentation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés est fixé par l'annexe jointe à cet arrêté à compter de l'exercice 2015.

## Etablissement public de santé - Praticien - Concours national

[Arrêté du 21 avril 2015](#) portant ouverture du concours national de praticien des établissements publics de santé (session 2015).

## Etudes médicales - Commission de dérogation

[Arrêté du 20 avril 2015](#) modifiant l'arrêté du 12 mars 2012 relatif à la commission de dérogation prévue au 2° de l'article 7 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

**Epreuves de vérification - Connaissances - Maîtrise - Langue française - Diplôme, certificats, titres - Etat autre que l'Union Européenne - Profession de médecin - Profession de chirurgien-dentiste - Profession de pharmacien - Candidats - Inscription - Jurys - Epreuves**

[Arrêté du 8 avril 2015](#) modifiant l'arrêté du 5 mars 2007 fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances prévues aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique

[Arrêté du 8 avril 2015](#) relatif à la vérification du niveau de maîtrise de la langue française pour l'application des articles L. 4111-2-I et I bis, L. 4221-12 et L. 4221-9 du code de la santé publique

[Arrêté du 14 avril 2015](#) portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique (session 2015)

## Hygiène et sécurité – Fonction publique – Guide juridique

[Circulaire du 10 avril 2015](#) relative à la diffusion du guide juridique d'application des dispositions du décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique – Cette circulaire présente les nouvelles dispositions intégrées au décret n°82-453 du 28 mai 1982 modifié. Elle renvoie à un guide juridique venant préciser l'ensemble des modalités d'application des dispositions applicables en matière de santé et de sécurité au travail, incluant les acteurs de la prévention.

## Travail social - Stagiaire - Etudiant - Gratification - Formation initiale

[Instruction interministérielle n° DGCS/SD4A/DGESIP/ 2015/102 du 31 mars 2015](#) relative au nouveau cadre réglementaire de mise en œuvre de l'alternance intégrative pour les formations diplômantes du travail social – Cette instruction explicite l'impact des dispositions des lois n° 2013-660 du 22 juillet 2013 et n° 2014-788 du 10 juillet 2014 et du décret n° 2014-1420 du 27 novembre 2014 pour le champ des formations sociales. Elle vise en outre "à proposer des mesures visant à permettre aux étudiants des formations en travail social de poursuivre leur parcours de formation en fonction des innovations induites par le nouveau cadre législatif et réglementaire". Elle évoque donc en premier lieu les nouvelles règles de gratification des stages effectués par les étudiants en travail social (étudiants concernés, personnes exclues du dispositif, organismes ayant l'obligation de gratifier, les stages concernés par la gratification et le rôle des établissements de formation). Elle développe par la suite les modalités nouvelles pour l'accomplissement des obligations d'alternance intégrative, notamment les stages pluri-institutionnels et l'expérimentation d'autres modes de professionnalisation.

### Masseurs-kinésithérapeutes – Conseil national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes – Démission d'office

Conseil d'Etat, 15 avril 2015, n° 375702 – Par cette décision, la Haute juridiction administrative valide la démission d'office imposée fin mars 2012 par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (Cnomk) à son ancien président. Elle annule ainsi une décision de la cour administrative d'appel et lui renvoie l'affaire. Le grief à l'encontre de ce praticien était de s'être vu interdire de dispenser des soins pendant deux mois, dont 45 jours avec sursis, du fait d'abus de facturation par la section des assurances sociales (SAS) de l'ordre des médecins. La sanction de la SAS faisait suite à une plainte datant de 1992, prononcée en 2001 mais le Cnomk affirmait n'en avoir eu connaissance qu'en 2012. Le tribunal administratif de Paris annule la démission d'office par un jugement en date du 30 janvier 2013. Le 23 janvier 2014, la cour d'appel de Paris confirme l'annulation de la démission d'office en considérant toutefois qu'un conseiller ordinal ne peut être réputé démissionnaire d'office qu'en raison de la survenue, postérieurement aux élections aux instances de l'ordre, d'une cause d'inéligibilité. Le Conseil d'Etat estime que « *la sanction d'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux infligée à un auxiliaire médical pour des fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux entraîne la privation à titre définitif du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du conseil national de l'ordre auquel le professionnel appartient* ». Il rappelle ensuite que l'article R. 4125-5 du Code de la santé publique dispose que « *lorsqu'un conseiller ordinal ou un membre d'une chambre disciplinaire n'est plus inscrit au tableau ou qu'il ne remplit plus les conditions exigées pour être éligible, il est réputé démissionnaire d'office* » et indique « *qu'en application de ces dispositions, doit être déclaré démissionnaire d'office le conseiller ordinal ou le membre d'une chambre disciplinaire qui cesse de remplir les conditions exigées pour être éligible soit en raison d'un événement postérieur à son élection, soit en raison d'un événement antérieur à son élection mais qui n'est porté à la connaissance des instances de l'ordre que postérieurement à celle-ci* ». Le Conseil d'Etat considère ainsi que la cour d'appel de Paris a commis une erreur de droit en affirmant que la sanction de la SAS avait été prononcée avant l'élection de ce praticien en tant que conseiller suppléant.

### Personnel de direction – Détachement – Titularisation

Conseil d'Etat, 5 mars 2015, n° 369158 - Une inspectrice principale de l'action sanitaire et sociale a été titularisée au sein du corps des personnels de direction des établissements hospitaliers, dans lequel elle avait été détachée. Le grade qu'elle avait atteint dans son pays d'origine n'a pas toutefois été pris en compte. Saisi par cette inspectrice, le tribunal administratif fait droit à sa demande et annule l'arrêté de titularisation. La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes se pourvoit alors devant le Conseil d'Etat. Ce dernier annule le jugement du tribunal en considérant « *que les dispositions [de la loi du 11 janvier 1984 et de la loi du 9 janvier 1986] ne sont pas applicables au cas d'un agent accédant à un corps par la voie du tour extérieur, quand bien même il aurait été placé en détachement pendant sa période de stage* ». Il estime ainsi que le tribunal administratif a commis une erreur de droit.

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Secret médical – Dérogations – CNOM

Communiqué du Conseil national de l'Ordre des médecins « Secret Médical et risque grave et imminent de mise en danger d'autrui » - 03 avril 2015 – Dans ce communiqué de presse le CNOM vient rappeler que l'obligation de respect du secret est générale et absolue et qu'en l'état actuel, les dérogations possibles au secret médical sont limitées, en application de l'article 226-14 du code pénal, à l'initiative du médecin, à trois hypothèses : les sévices ou privations sur mineurs et personnes vulnérables ; avec leur accord, les sévices ou privations sur des personnes majeures ; le caractère dangereux de personnes qui détiennent une arme ou envisagent d'en acquérir une. Cependant de manière exceptionnelle *« en cas de risque grave et imminent de mise en danger d'autrui, qu'il ne peut prévenir autrement, et après qu'il ait épuisé toute autre solution, le médecin peut selon le Conseil national de l'Ordre s'affranchir du secret médical en informant le médecin chargé de la santé au travail sinon en saisissant le Procureur de la République. Le médecin serait alors justifié à invoquer l'état de nécessité absolue, par analogie avec les dispositions de l'article 122-7 du code pénal, qui exonère de toute responsabilité pénale la personne qui accomplit « face à un danger actuel et imminent » un acte nécessaire et proportionné à la gravité de la menace. En toute hypothèse, l'information doit être proportionnée à la gravité du danger. »*

### Soins psychiatriques sans consentement – Soins sur décision du représentant de l'Etat – UMD

Cour de cassation, première chambre civile, 18 mars 2015, n° 14.15613 - L'hospitalisation complète d'un patient en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) séjournant dans une unité pour malades difficiles (UMD) a été confirmée par un juge des libertés et de la détention ainsi que par une cour d'appel. Il est précisé que les certificats médicaux étaient circonstanciés, récents, que les conditions prévues par l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique étaient toujours remplies, que l'état psychique du patient n'avait pas évolué de manière significative et que le patient n'a aucune conscience de ses troubles.

La Cour de cassation relève toutefois que le premier président de la cour d'appel n'a pas constaté l'existence de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre public et n'a ainsi pas donné de base légale à sa décision. Elle casse et annule ainsi l'ordonnance rendu le 15 mars 2013 par le premier président de la cour d'appel.

## COMMANDE PUBLIQUE

### Commande publique - Directives européennes - Négociation - Concurrence - Acheteur public - Professionnalisation - Evaluation préalable

Note du Conseil d'analyse économique, n° 22, avril 2015 : « Renforcer l'efficacité de la commande publique » - Cette note débute en rappelant que « *si la commande publique doit viser la meilleure performance possible en termes de coûts et de services, elle est régulièrement montrée du doigt pour son inefficacité. De fait, les gains liés à sa meilleure gestion pourraient être substantiels. L'objet de cette note est de réfléchir aux moyens d'action possibles, dans le cadre de changements réglementaires en cours au niveau européen, pour renforcer l'efficacité de la commande publique* ».

Le CAE pose alors cinq constats : les procédures de sélection négociées sont peu utilisées en Europe ; une part importante des contrats publics avec des partenaires privés est ultérieurement renégociée ; les données manquent pour suivre l'évolution de la commande publique et en analyser les performances. Le contrôle *ex ante* et *ex post* des contrats s'en trouve de fait limité ; les compétences et les incitations de l'acheteur public sont trop limitées dans un environnement où les asymétries



d'information sont omniprésentes et où les détails contractuels sont importants ; la transposition à venir des directives européennes va assouplir les règles de passation et d'exécution des contrats en développant la négociation dans la phase d'attribution et en facilitant les renégociations lors de la phase d'exécution.

Sur cette base, le CAE formule dix recommandations : reconnaître que l'objectif de la commande publique est avant tout de satisfaire un besoin identifié par une meilleure performance en matière de coûts et de services ou de fonctionnalités attendus, la charger d'atteindre des objectifs sociaux, environnementaux ou d'innovation est inefficace ; rendre obligatoire pour la partie publique la fourniture et la publication en ligne de deux rapports synthétiques sur l'analyse des offres avant et après la clôture des négociations ; centraliser l'information sur la performance passée afin de faciliter et d'encourager son utilisation lors de la phase d'attribution ; mettre en place (ou maintenir) des plateformes électroniques de publicité et de candidature uniquement au niveau régional et faire remonter toute l'information à une plateforme nationale ; rendre obligatoire la publication en ligne, en plus des informations légales, d'un rapport d'analyse d'offres ; rendre obligatoire la publication d'un avis d'avenant et mettre en place une procédure rapide de référé-avenant ouverte aux parties prenantes ; appliquer aux activités en gestion directe des exigences de transparence avec des incitations et des sanctions adéquates pour permettre une évaluation de ces activités analogue à celles déléguées à un partenaire privé ; renforcer la professionnalisation et les compétences des acheteurs publics et des gestionnaires de projets, stimuler l'attractivité de ces métiers par des possibilités d'évolution professionnelle ; centraliser les achats autant que possible pour les biens et services standardisés, créer une concurrence entre centrales d'achats complètement indépendantes et professionnelles, laisser la possibilité aux acheteurs publics de décentraliser leurs achats pour ne pas perdre en flexibilité ; confier à une agence l'évaluation en amont et en aval de tous les outils de la commande publiques dès lors que les montants dépassent un seuil, par exemple 50 millions d'euros (M€).

## Commande publique – Marché public – Prestations de traiteur

Tribunal administratif de Paris, 14 avril 2015, n° 1402407/3 - Une société saisit le tribunal administratif afin de demander l'annulation d'une décision par laquelle un centre hospitalier régional universitaire (CHRU) n'a pas retenu son offre pour l'attribution d'un marché public relatif à des prestations de traiteur et à la fourniture de plats cuisinés individuels kasher. La société requérante considère que le CHRU ne pouvait l'éliminer en lui attribuant, pour le sous-critère relatif à la qualité organoleptique des plateaux-repas, une note de zéro correspondant au non-respect des exigences formalisées, alors que leur aspect visuel et ses prestations sont de qualité.

Le tribunal administratif indique qu'« *indépendamment des actions dont les parties au contrat disposent devant le juge du contrat, tout concurrent évincé de la conclusion d'un contrat administratif est recevable à former devant ce même juge un recours de pleine juridiction contestant la validité de ce contrat ou de certaines de ses clauses, qui en sont divisibles, assorti, le cas échéant, de demandes indemnitaires. Ce recours doit être exercé, y compris si le contrat contesté est relatif à des travaux publics, dans un délai de deux mois à compter de l'accomplissement des mesures de publicité appropriées, notamment au moyen d'un avis mentionnant à la fois la conclusion du contrat et les modalités de sa consultation dans le respect des secrets protégés par la loi. A partir de la conclusion du contrat, et dès lors qu'il dispose du recours ci-dessus défini, le concurrent évincé n'est, en revanche, plus recevable à demander l'annulation pour excès de pouvoir des actes préalables qui en sont détachables* ».

Or, le tribunal considère qu'« *en l'espèce, il résulte de l'instruction que l'avis d'attribution du marché, publié au Bulletin officiel des annonces de marchés publics le 8 mars 2014, date du 11 février 2014. Si, en l'absence de précision quant à l'heure du dépôt de la requête et de la signature de ce contrat, il n'est pas possible de déterminer si la requête, enregistrée le 11 février 2014, a été présentée avant que le contrat ait été conclu, il est néanmoins constant que ce marché a été signé depuis lors par [le CHRU]. Par suite, le recours pour excès de pouvoir dirigé contre un acte détachable du contrat et présenté par la société X, qui disposait, en sa qualité de concurrent évincé, de la possibilité de saisir le juge du contrat de la validité du marché en cause dans les conditions susmentionnées au point 3, doit être regardé comme ayant perdu son objet, sans qu'y fasse obstacle la circonstance que la décision du 20 janvier 2014 indiquait la possibilité de former contre elle un recours pour excès de pouvoir dans un délai de deux mois à compter de sa réception. Il n'y a donc pas lieu de statuer sur la requête présentée par la société X.* ».

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Etablissement de santé - Plan global de financement pluriannuel (PGFP)

[Arrêté du 7 avril 2015](#) fixant le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel 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 – Est annexé à cet arrêté le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel à compter de l'exercice 2015.

### Etablissement de santé - Comptabilité - Tableau - Charges - Modèle

[Arrêté du 9 avril 2015](#) relatif au retraitement des données comptables de l'exercice 2014 des établissements de santé - Ce texte fixe le modèle de tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement, et les modalités de calcul des éléments qui y figurent.

### Aide médicale d'Etat (AME) - Prise en charge - Mode de calcul des ressources

[Arrêté du 24 avril 2015](#) modifiant l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat.

### Etablissement de santé - Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) – Dotations régionales

[Arrêté du 22 avril 2015](#) fixant pour l'année 2015 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale

### Etablissements de santé – Tarification à l'activité – ONDAM – Coefficient prudentiel – Agences régionales de santé

[Instruction n° DGOS/R1/2015/119 du 13 avril 2015](#) relative à l'application du coefficient fixé en application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code - La valeur du coefficient prudentiel a été fixée à 0,35% pour l'année 2015 et s'applique, à compter du 1er mars, aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé, en vue de gager une partie de l'objectif des dépenses hospitalières aux fins de concourir au respect de l'ONDAM. Ce coefficient impacte uniquement les prestations d'hospitalisation, ce qui exclut de son champ d'application les honoraires, les tarifs des forfaits IVG ainsi que l'indemnité compensatrice tierce personne. De la même manière, ne sont pas impactés par le coefficient prudentiel, les forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-8 (forfaits « FAU », « CPO » et « FAG »), L. 162-22-8-1 (forfait « activités isolées » et L. 165-1-1 (forfait « innovation »).

### Observatoire de la laïcité – Rapport annuel

[Instruction en date du 9 avril 2015](#) du Ministère de l'intérieur relative au rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité - Afin de contribuer au rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité, il est demandé aux préfets de transmettre un état des lieux de l'application du principe de laïcité dans leur département et des actions entreprises dans leur territoire sur cette thématique.

## Programme de recherche translationnelle

[Instruction n° DGOS/PF4/2015/105 du 1er avril 2015](#) relative au programme de recherche translationnelle en santé pour l'année 2015 - La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) lancent le programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S) pour l'année 2015.

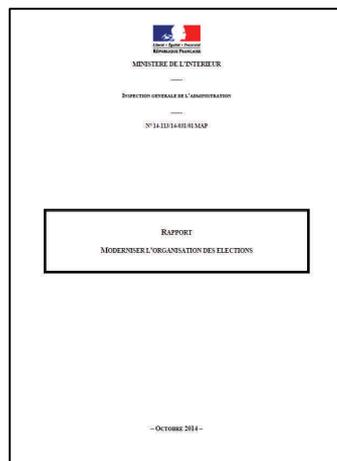
## Transports sanitaires - Campagne de contractualisation 2015 – Supports

[Instruction N°DSS/1A/DGOS/R2/2015/124 du 10 avril 2015](#) relative à la campagne de contractualisation pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour le transport de patients 2015 - Cette instruction annonce que "*dans la continuité des efforts entrepris depuis 2011 dans le cadre des 10 priorités de GDR conduites par les ARS en lien avec l'assurance maladie, et afin d'en renforcer la portée, les actions de maîtrise des dépenses de transports devront se poursuivre en 2015 en s'appuyant sur le dispositif de contractualisation (CAQOS) consolidé*". Elle "*précise donc les supports de la campagne de contractualisation 2015 ainsi que les outils relatifs à l'action thématique sur les transports liés à l'insuffisance rénale chronique*". En annexe, l'instruction présente le bilan de la contractualisation 2013-2014, une cartographie dialyse – source Charges et Produits CNAMTS, une méthodologie du calcul de la cible régionalisée de dépenses de transports et des cibles régionales dépenses de transports, un calendrier des transmissions des données transports ainsi que des données complémentaires sur l'activité de dialyse par établissement.

## Evaluation des investissements hospitaliers - Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) – Schéma régionaux d'investissement en santé (SRIS), trajectoire financière

[Instruction n° DGOS/PF1/2015/113 du 7 avril 2015](#) relative à l'organisation des revues de projets d'investissement 2015 bénéficiant d'un accompagnement financier de l'échelon national – Cette instruction a pour objet l'organisation des revues de projets d'investissement (RPI) 2015, conformément aux grandes orientations du pilotage des investissements hospitaliers définies en 2013. Ces réunions ont pour objectif de s'assurer de la conformité des engagements pris par les établissements de santé en matière de trajectoire opérationnelle et financière des projets d'investissement, en contrepartie du soutien financier consenti par l'Etat dans le cadre du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO)

## Elections - Organisation - Dématérialisation - Vote par procuration - Coût - Gestion des listes électorales



[Rapport de l'Inspection générale de l'administration](#) : "Moderniser l'organisation des élections" - Ce rapport fait suite à la volonté du Comité interministériel de la modernisation de l'action publique de faire procéder à une "*évaluation partenariale de l'organisation des élections politiques*", en identifiant "*les voies de simplification et d'amélioration de l'efficacité des processus électoraux*". Dans sa première partie, le rapport pose un "*diagnostic*" des "*archaïsmes*" en matière de gestion des listes électorales, de gestion des procurations, de propagande électorale audiovisuelle et imprimée, de déroulement du scrutin, et de coût des opérations. Dans sa seconde partie, ce rapport évoque les pistes de "*simplifications nécessaires à l'amélioration du service rendu au citoyen et porteuses d'économies importantes*". Tout au long de ce rapport, l'importance majeure de la dématérialisation est soulignée, comme permettant d'alléger les contraintes et de rationaliser l'organisation des élections politiques en France. L'ensemble des recommandations émises est chiffré en annexe.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Dispositifs médicaux - Tissus d'origine animale - Spécifications détaillées - Exigences essentielles

[Arrêté du 14 avril 2015](#) abrogeant l'arrêté du 13 septembre 2005 relatif aux spécifications détaillées précisant les exigences essentielles auxquelles doivent se conformer les dispositifs médicaux fabriqués à partir de tissus d'origine animale.

### Chikungunya – Dengue - Surveillance sanitaire – Déclaration obligatoire – Surveillance entomologique – Contrôle sanitaire aux frontières

[Instruction n° DGS/RI1/2015/125 du 16 avril 2015](#) mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole - Ce texte abroge l'instruction n° DGS/RI1/2014/136 du 29 avril 2014 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole et actualise les mesures à mettre en œuvre dans le but de limiter le risque de circulation de ces virus. Est annexé à l'instruction une guide mis à jour relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination.

### Haut conseil pour la santé publique (HCSP) - Tuberculoses à bacilles résistants



[Recommandations du Haut conseil pour la santé publique \(HCSP\) « Tuberculoses à bacilles résistants : diagnostic et prise en charge » - 27 mars 2015](#) - Dans deux avis le HCSP définit les lignes directrices, d'une part du diagnostic et, d'autre part de la prise en charge, pour « prévenir la transmission de la tuberculose à bacilles résistants et la transformation de tuberculoses sensibles en tuberculoses multirésistantes, ainsi que pour prendre en charge les tuberculoses latentes ».



### Vaccinations – Médecins généralistes

[Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(Drees\) - Études et résultats n° 910, mars 2015 - « Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes »](#)

## ORGANISATION DES SOINS

### Télémédecine – Expérimentation – Plaies chroniques – Cahier des charges

[Arrêté du 17 avril 2015](#) portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 – L'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit que des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans le cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale annexé à ce texte.

### Répertoire Opérationnel de Ressources (ROR) – Offre de soins régionale

[Instruction n° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015](#) relative au déploiement de Répertoire Opérationnel de Ressources (ROR) interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015 - Le ROR met à disposition de tous les professionnels de santé des informations de description de l'offre de soin en s'appuyant sur un outil informatique. L'objectif du ROR est de proposer une information exhaustive de l'offre de soins régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, et à venir sur le champ du médico-social. Cette instruction engage l'ensemble des Agences régionales de santé à s'équiper d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) interopérable, à minima sur le service d'orientation et le champ sanitaire, ainsi qu'à mettre en place l'organisation nécessaire à sa mise en œuvre et à son exploitation, avant fin 2015.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Responsabilité hospitalière – Infections endogènes – Infections exogènes

[Conseil d'Etat, 11 février 2015, n° 368990](#) - Le Conseil d'Etat rappelle que lorsqu'un acte médical à l'origine d'une infection nosocomiale est antérieur à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, le régime juridique applicable est le régime jurisprudentiel en vigueur à cette époque. Or, la jurisprudence administrative établissait une distinction entre les infections endogènes et exogènes et seules les infections exogènes engageaient la responsabilité de plein droit du service hospitalier.

A l'occasion d'une intervention réalisée le 19 avril 2000, afin de mettre en place une prothèse intermédiaire de la hanche, le patient est infecté par un streptocoque B, ce qui nécessite plusieurs périodes d'hospitalisations ainsi que trois reprises chirurgicales. Le patient a toutefois une invalidité permanente de 10%.

La Haute juridiction administrative indique que « *l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme d'un patient lors d'une hospitalisation antérieure à l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la réparation des infections nosocomiales issues de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé révèle une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier et engage la responsabilité de celui-ci ; qu'il en va toutefois autrement lorsqu'il est certain que l'infection, si elle s'est déclarée à la suite d'une intervention chirurgicale, a été causée par des germes déjà présents dans l'organisme du patient avant l'hospitalisation, ou encore lorsque la preuve d'une cause étrangère est rapportée par l'établissement de santé* ». Le rapport d'expertise relève toutefois que le patient n'était porteur d'aucune infection avant l'intervention chirurgicale du 19 juin 2000, qu'il avait subi en salle d'opération une dépilation comportant un risque d'infection, que l'utilisation de Bétadine afin d'assurer l'asepsie de la peau n'était pas établie, que les premières douleurs avaient été éprouvées dans un délai correspondant à celui le plus souvent constaté pour les infections sur prothèse causées par un streptocoque B. Le Conseil d'Etat estime par conséquent que c'est à bon droit que les juges ont décidé que le germe avait été introduit dans l'organisme du patient lors de l'intervention.

## DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

### Urbanisme rénové - Habitat - Permis de construire - Déclaration préalable - Loi ALUR

Décret n° 2015-482 du 27 avril 2015 portant diverses mesures d'application de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové et relatif à certaines actualisations et corrections à apporter en matière d'application du droit des sols - La notice de ce décret précise que "*les dispositions du présent décret sont applicables à compter du 1er juillet 2015. Les 8° et 11° de l'article 4, relatifs à la détermination de l'autorité compétente, ne sont toutefois applicables qu'aux demandes d'autorisation d'urbanisme déposées à compter de cette date*". Il "*comporte, d'une part, plusieurs mesures d'application de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové. Dans l'objectif de prendre en compte l'ensemble des modes d'habitat, le décret prévoit deux séries de dispositions, relatives aux résidences démontables ou mobiles constituant l'habitat permanent de leurs utilisateurs. S'agissant des résidences démontables, il prévoit une définition juridique propre ainsi que les formalités nécessaires pour leur installation sur des terrains aménagés pour les recevoir. S'agissant des terrains destinés à recevoir les résidences mobiles des gens du voyage, tels que les aires d'accueil et les terrains familiaux, il prévoit une rationalisation des formalités d'urbanisme. Dans les deux cas, les formalités sont liées à la capacité d'accueil des terrains concernés. Par ailleurs, le décret complète la liste des pièces exigibles dans les dossiers de demande de permis de construire ou de déclaration préalable, dans le cas de projets faisant l'objet d'une convention de projet urbain partenarial (PUP) ou situés dans un périmètre PUP délimité par la collectivité compétente pour le document d'urbanisme. Il comporte aussi deux mesures d'application de la même loi, relatives à la compétence du préfet pour délivrer les autorisations d'urbanisme aux fins de développer l'offre de logement dans les communes en déficit de logements sociaux. Enfin, toujours au titre de l'application de la loi ALUR, le projet de décret prévoit la fourniture des plans intérieurs, sur demande du maire, en cas de demande d'autorisation d'urbanisme portant sur la construction d'un immeuble collectif. Le décret modifie, d'autre part, sur plusieurs points le droit des sols : Il clarifie les modalités de création et d'agrandissement des terrains de camping soumis à permis d'aménager et précise le régime juridique des habitations légères de loisirs et des résidences mobiles de loisirs et de leurs installations mobiles accessoires (rampes d'accès, terrasses, auvents). Poursuivant l'objectif de simplification du régime des autorisations du droit des sols, et pour tenir compte de ce que les installations de stockage de déchets inertes (ISDI) seront à l'avenir potentiellement soumises à formalité d'enregistrement au titre de la législation sur les installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE), le décret toilette l'article du code de l'urbanisme prévoyant que les ISDI sont dispensées d'autorisation d'urbanisme. Dans le même esprit, le présent décret dispense d'autorisation d'urbanisme tout projet relevant d'un contrôle au titre de la législation relative à la publicité relevant du code de l'environnement. Enfin, afin de combattre les pratiques dilatoires et illégales consistant pour certains services instructeurs à demander des pièces qui ne figurent pas au nombre de celles qui doivent entrer dans le contenu d'une demande d'autorisation d'urbanisme, le décret interdit expressément toute pratique en ce sens*".

### Procédure administrative – Office du juge – Exécution du jugement – Demande d'exécution d'un jugement

Conseil d'État, 23 mars 2015, n° 366813 - Le Conseil d'Etat précise dans cette décision la portée des articles L. 911-1 et L. 911-4 du code de justice administrative, aux termes desquels « *Lorsque sa décision implique nécessairement qu'une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public prenne une mesure d'exécution dans un sens déterminé, la juridiction, saisie de conclusions en ce sens, prescrit, par la même décision, cette mesure assortie, le cas échéant, d'un délai d'exécution.* » ; qu'aux termes de l'article L. 911-4 du même code : « *En cas d'inexécution d'un jugement ou d'un arrêt, la partie intéressée peut demander au tribunal administratif ou à la cour administrative d'appel qui a rendu la décision d'en assurer l'exécution. / (...) Si le jugement ou l'arrêt dont l'exécution est demandée n'a pas défini les mesures d'exécution, la juridiction saisie procède à cette définition. Elle peut fixer un délai d'exécution et prononcer une astreinte. / Le tribunal administratif ou la cour administrative d'appel peut renvoyer la demande d'exécution au Conseil d'Etat* ».

Le Conseil d'Etat déduit de ces dispositions « *qu'en l'absence de définition, par le jugement ou l'arrêt dont l'exécution lui est demandée, des mesures qu'implique nécessairement cette décision, il appartient au juge saisi sur le fondement de l'article L. 911-4 du code de justice administrative d'y procéder lui-même en tenant compte des situations de droit et de fait existant à la date de sa décision ; que, si la décision faisant l'objet de la demande d'exécution prescrit déjà de telles mesures en application de l'article L. 911-1 du même code, il peut, dans l'hypothèse où elles seraient entachées d'une obscurité ou d'une ambiguïté, en préciser la portée ; que, le cas échéant, il lui appartient aussi d'en édicter de nouvelles en se plaçant, de même, à la date de sa décision, sans toutefois pouvoir remettre en cause celles qui ont précédemment été prescrites ni méconnaître l'autorité qui s'attache aux motifs qui sont le soutien nécessaire du dispositif de la décision juridictionnelle dont l'exécution lui est demandée ; qu'en particulier, la rectification des erreurs de droit ou de fait dont serait entachée la décision en cause ne peut procéder que de l'exercice, dans les délais fixés par les dispositions applicables, des voies de recours ouvertes contre cette décision* ». Il décide en outre qu'il « *appartient au juge saisi sur le fondement de l'article L. 911-4 d'apprécier l'opportunité de compléter les mesures déjà prescrites ou qu'il prescrit lui-même par la fixation d'un délai d'exécution et le prononcé d'une astreinte suivi, le cas échéant, de la liquidation de celle-ci, en tenant compte tant des circonstances de droit et de fait existant à la date de sa décision que des diligences déjà accomplies par les parties tenues de procéder à l'exécution de la chose jugée ainsi que de celles qui sont encore susceptibles de l'être* ».

## PUBLICATIONS AP-HP

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

