

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 au 31 mars 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Personnel	page 4
Patient Hospitalisé	page 8
Responsabilité médicale	page 9
Organisation des soins	page 10
Réglementation sanitaire	page 10
Marchés publics	page 12
Domaine public et privé	page 13
Dons et legs	page 14
Publications	page 15

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

Hylde DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Laura COURTOIS

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Etablissements de santé – Organisation – Pôles

Rapport des Conférences hospitalières « Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé » - MARS 2014



Ce rapport s'inscrit dans le cadre de la concertation qui a suivi la publication du rapport d'Edouard Couty pour un « pacte de confiance » à l'hôpital. La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a confié le 7 mai 2013 aux conférences hospitalières, une mission d'évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé. L'objet de la mission était de dresser le bilan de ces organisations, six ans après leur généralisation dans l'ensemble des hôpitaux publics, afin d'identifier leurs apports aux structures hospitalières, mais également les points pouvant être modifiés pour améliorer le fonctionnement des établissements dans ce cadre. Dans ce rapport, à partir de sept constats, la mission formule 19 propositions. La mission relève ainsi que « les établissements publics de santé ont généralisé l'organisation en pôles, selon des modalités qui semblent pertinentes dans la majorité des établissements. » ; « Les établissements ont développé la contractualisation avec les pôles, mais son contenu est variable, notamment sur les délégations de gestion et l'intéressement » ; « les équipes de direction se sont adaptées à l'organisation polaire, mais les moyens dont disposent les pôles pour le suivi de leur gestion sont hétérogènes » ; « le rôle des Présidents de CME dans la nomination des chefs de pôles et la signature des contrats fait débat et devrait être approfondi » ; les modalités de concertation et de consultation internes aux pôles apparaissent souvent insatisfaisantes, le lien entre les responsables de pôles et l'ensemble des personnels étant perçu comme insuffisant » ; l'action conjointe des chefs d'établissements, des Présidents de CME et des instances promeut le maintien d'une cohérence et d'une stratégie institutionnelles, garantie également par la contractualisation » ; la formation des chefs de pôles devrait être améliorée et généralisée » ; 19 propositions sont donc formulées pour répondre à cet état des lieux et améliorer l'existant : Est ainsi réaffirmé le principe de libre organisation des pôles, la mission propose l'élaboration pour les établissements d'une charte d'organisation des pôles. La mission souhaite également que soit réaffirmée la place des services dans les pôles qui sont le niveau opératoire de proximité pour les patients, les familles, les soignants et les médecins qui y exercent. De plus, l'organisation en pôle doit être adaptée à la taille et à la spécificité des établissements. Les projets et contrats de pôle ainsi que les délégations de gestion doivent être généralisés et évalués régulièrement : Il est à noter que dans les Centres Hospitaliers de petite taille ou de taille moyenne, moins de 40% des pôles ont conclu des contrats de pôles. La mission préconise le renforcement des outils de pilotage à disposition des pôles ; aussi la mission recommande d'inclure la définition de ces outils dans le règlement intérieur et la charte d'organisation des pôles. De plus, la mission recommande que soit favorisé le droit d'expression directe et le dialogue dans les pôles, notamment avec la mise en place systématique de réunions de concertation au sein des bureaux et conseil de pôle, assemblées générales médicales du pôle. Afin de favoriser le management participatif au sein des pôles, il apparaît nécessaire à la mission de prévoir des items obligatoire au sein du projet et contrat relatifs aux modalités d'expression et de concertation ; ainsi que de renforcer la formation des chefs de pôle au management participatif et aux enjeux du dialogue social. Il est également mis en avant par la mission la nécessité de prendre en compte l'investissement des chefs de pôle dans leurs missions en contractualisant un dispositif de compensation du temps qu'ils y consacrent ; une mesure du même type devrait concerner le Président de la CME. S'agissant de la nomination des chefs de pôles il conviendrait de les temporiser en appréhendant leurs mandats avec une date butoir, 4 ans après la décision du chef d'établissement arrêtant les pôles. Il est recommandé, dans la mesure du possible, de limiter à deux mandats consécutifs le renouvellement des fonctions des chefs de pôle. Cette disposition devrait figurer dans le règlement intérieur des établissements. Il est préconisé d'impliquer les Présidents de CME dans cette nomination. De la même manière s'agissant de la décision de mettre fin aux fonctions d'un chef de pôle avant la fin de son mandat, devrait selon la mission, faire l'objet du visa du Président de la CME. Afin de favoriser la cohérence institutionnelle et l'association des chefs de pôle à la Gouvernance de l'hôpital la mission recommande la tenue de réunions régulières des Chefs de Pôle présidées par le Directeur général et le Président de la CME (réunions spécifiques, Conseil des Chefs de pôle, Directoire élargi, etc.).

S'agissant spécifiquement de la formation des chefs de pôle, il apparaît important pour la mission d'actualiser le programme de formation en le complétant par trois nouvelles thématiques : L'organisation du système de santé et de l'hôpital public ; Le développement professionnel continu ; formation des chefs de pôle au management participatif et aux enjeux de dialogue social. Il apparaît également important de former les responsables d'unité, de service et de département.

S'agissant spécifiquement de la formation des chefs de pôle, il apparaît important pour la mission d'actualiser le programme de formation en le complétant par trois nouvelles thématiques : L'organisation du système de santé et de l'hôpital public ; Le développement professionnel continu ; formation des chefs de pôle au management participatif et aux enjeux de dialogue social. Il apparaît également important de former les responsables d'unité, de service et de département.

Etablissements sociaux et médico-sociaux - Prestations d'hébergement - Facturation - Biens du résident - Obligation d'inventaire contradictoire - Protection des données personnelles - Vente en ligne - Autotest de grossesse et d'ovulation - Lentilles de contact - Cigarette électronique - Mineurs

[Loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation](#) - La principale mesure de cette loi de 154 articles porte sur la création et la mise en œuvre d'une action de groupe à la française, qui n'est pas applicable au secteur de la santé. Ce texte est intéressant à plusieurs égards. D'abord, il précise le cadre juridique de la vente en ligne de lentilles de contact et de verres correcteurs, et confirme le monopole de délivrance des "*verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact oculaire correctrices*" confié aux opticiens-lunettiers. Il prévoit également que la délivrance de verres correcteurs sera soumise "*à l'existence d'une prescription médicale en cours de validité*" : cette disposition entrera en vigueur au plus tard un an et demi après la publication de la loi, soit le 18 septembre 2015. Ensuite, cette loi vient renforcer l'encadrement des clauses abusives dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Plus particulièrement, cette loi : interdit la vente de la cigarette électronique aux mineurs (article 36); supprime le monopole des pharmaciens d'officine et des opticiens-lunettiers sur la commercialisation des produits d'entretien des lentilles de contact (article 37), et pour la vente des autotests de grossesse et d'ovulation (article 38); renforce les moyens d'action relatifs à la sécurité et à la conformité des produits (articles 82 à 101); prévoit l'habilitation des agents de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) à constater le délit de tromperie au sens du code de la consommation (article 102); renforce les pouvoirs de contrôle des agents de l'ANSM et de l'Anses (article 104); étend les prérogatives de la CNIL pour lui permettre de limiter les fuites de données personnelles (article 106); organise la répression des manquements liés à la conclusion des contrats et à la remise du livret d'accueil pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (article 117); interdit aux établissements sociaux et médico-sociaux, de facturer des prestations d'hébergement après le décès d'un résident dès lors que ses objets personnels ont été retirés des lieux qu'il occupait, sous peine d'amende (article 118); oblige ces établissements à restituer à la famille dans les 30 jours les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées du fait du décès (article 118); oblige ces établissements à organiser un état des lieux contradictoire à l'entrée et à la sortie du résident d'un Ehpad (article 119).

Etablissements publics de santé - Commissaire aux comptes – Mandat – Cahier des charges

[Arrêté du 21 février 2014](#) portant cahier des charges relatif à l'attribution du mandat de commissaire aux comptes des établissements publics de santé – L'article R.6145-61-2 du Code de la santé publique prévoit que la ou les instances chargées de la certification sont nommées par le conseil de surveillance pour six exercices sur proposition du directeur de l'établissement, au terme d'une procédure de mise en concurrence conduite dans les conditions prévues par le code des marchés publics et conformément à un cahier des charges type arrêté par les ministres chargés du budget et de la santé. Est annexé à cet arrêté le cahier des charges type relatif à la certification des comptes des établissements publics de santé.

PERSONNEL

Retraite anticipée - Carrière longue - Trimestres réputés cotisés

[Décret n° 2014-350 du 19 mars 2014](#) relatif à la retraite anticipée au titre des « carrières longues » - Sont notamment concernés par ce décret les assurés du régime des fonctionnaires hospitaliers. Ce décret élargit le champ des trimestres « réputés cotisés » pour le bénéfice de la retraite anticipée pour carrière longue (les trimestres « réputés cotisés » correspondent à des trimestres non cotisés par l'assuré et financés par la solidarité nationale). Seront donc dorénavant « réputés cotisés » : quatre trimestres de service national, quatre trimestres de maladie et accidents du travail, tous les trimestres liés à la maternité, deux trimestres au titre des périodes d'invalidité, quatre trimestres de chômage indemnisé, tous les trimestres de majoration de durée d'assurance attribués au titre du compte personnel de prévention de la pénibilité.

Ergothérapeute - Formation

[Arrêté du 12 mars 2014](#) modifiant l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute – Cet arrêté vient modifier l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute s'agissant des conditions à remplir par le candidat souhaitant se représenter pour valider les unités d'enseignement manquantes ou les éléments des compétences en stage manquants. Il est désormais ainsi prévu que chaque étudiant a le droit de se présenter à quatre sessions des éléments constitutifs du semestre 6 (unités d'enseignement et stages) dans les trois années qui suivent la fin de scolarité de la promotion dans laquelle l'étudiant était inscrit pour la première session, hors temps d'interruption de scolarité.

Formation - chiropraxie - étudiants en formation en chiropraxie - programme minimal - titre - chiropracteur – agrément

[Décret n° 2014-367 du 24 mars 2014](#) relatif à la formation des chiropracteurs et à l'agrément des établissements de formation en chiropraxie

[Arrêté du 24 mars 2014](#) relatif à la formation des chiropracteurs et à l'agrément des établissements de formation en chiropraxie

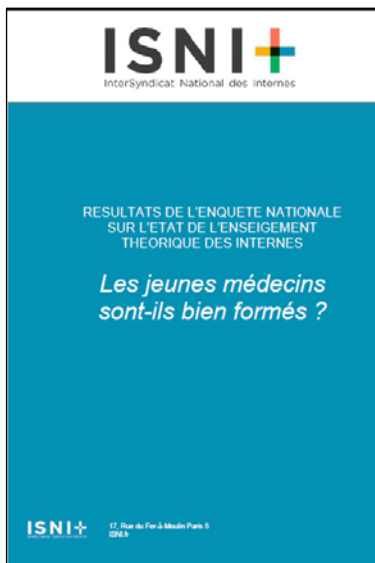
[Arrêté du 24 mars 2014](#) relatif aux dispenses d'enseignement susceptibles d'être accordées en vue de la préparation au diplôme permettant d'user du titre de chiropracteur

Fonction publique - Risques psychosociaux - Prévention – Plan locaux

[Circulaire du 20 mars 2014](#) relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques – Cette circulaire s'inscrit dans le cadre du protocole d'accord-cadre relatif à la prévention des risques psychosociaux signé le 22 octobre 2013 pour les trois versants de la fonction publique et l'ensemble du territoire ; Elle rappelle l'engagement pris par le Gouvernement, depuis 2 ans, d'une démarche globale de modernisation du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique. La définition et la mise en œuvre des plans d'action pour la prévention des risques psychosociaux relèvent de la responsabilité des chefs de services sur qui repose l'obligation d'assurer la sécurité et de garantir la santé des agents. Pour l'élaboration d'un plan d'action de prévention des risques psychosociaux en 2015, chaque employeur public doit ainsi réaliser un diagnostic des facteurs de risques psychosociaux sur la base d'une démarche participative des agents à chaque étape du processus, diagnostic intégré dans des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP). En termes de formation des acteurs de la prévention à la problématique spécifique des risques psychosociaux, le rôle indispensable des CHSCT est réaffirmé. Ses membres bénéficieront de 2 jours de formation dédiée à la prévention des risques psychosociaux (et 1 journée au moins dès 2014). Sont annexés à cette circulaire les principales étapes de la mise en œuvre de l'accord cadre (annexe 1), la définition de la responsabilité des chefs de service en la matière (annexe 2), ainsi que les différents dispositifs d'appui à la mise en œuvre des plans de prévention (annexe 3).

Fonction publique - Harcèlement moral – Harcèlement sexuel - Protection fonctionnelle – Déontologie – Responsabilité – Prévention – Formation

[Circulaire n° SE1 2014-1 du 4 mars 2014](#) relative à la lutte contre le harcèlement dans la fonction publique – La loi n°2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel avait rétabli le délit de harcèlement sexuel, clarifié sa définition, aggravé et harmonisé les sanctions et renforcé la prévention du harcèlement dans le monde professionnel. Elle avait par ailleurs confirmé l'obligation de l'employeur de protéger ses agents contre les persécutions résultant du harcèlement moral. Cette circulaire a pour objet de rappeler ces nouvelles dispositions relatives aux délits de harcèlement sexuel et moral et leurs impacts dans les trois versants de la fonction publique. Au-delà des sanctions des comportements de harcèlement et des mesures de protection des victimes, elle rappelle également que les situations de souffrance liées à ces agissements au sein de l'administration rendent impérieuse, en amont, la mise en œuvre de mesures préventives.



Internat – Formation

["Les jeunes médecins sont-ils bien formés?"](#) - résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes de l'InterSyndicat National des Internes - mars 2014 – Cette enquête sur les pratiques d'enseignement théorique « a été réalisée par autoquestionnaire diffusé par voie électronique du 3 juillet au 31 octobre 2013 à l'ensemble des internes en médecine de France ». Les résultats mentionnent qu'ont été recueillies « près de 5600 réponses dont 3270 complètes de début juillet à fin octobre 2013. Les internes ayant répondu sont répartis de manière relativement homogène sur l'ensemble du territoire ». Les résultats évoquent qu'au lieu des 54 demi-journées semestrielles de formation théorique, les internes ne prennent en moyenne que 18 demi-journées, que ce soit parce qu'ils ne sont pas autorisés à s'absenter de l'hôpital, parce qu'ils ne sont pas informés de la date de la formation, pour des raisons financières, ou parce qu'ils estiment la formation peu ou pas intéressante. L'Isni constate que "les internes ne sont jamais évalués au cours de leur internat" sur leurs compétences théoriques, dans

près de 60 % des cas. L'étude conclut que « les internes, globalement non satisfaits de leur formation, ont de plus en plus recours à un complément de formation qu'ils doivent eux-mêmes assumer ». En outre, cette étude propose un classement des facultés et des spécialités en fonction de la qualité de la formation, selon douze critères (taux d'inexistence d'enseignements théorique, nombre de demi-journées prises par les internes et facilité à les prendre, qualité des enseignements, des supports pédagogiques, le niveau scientifique, etc.).

Droit syndical - Réunion statutaire ou d'information - Organisation – Conditions

[Conseil d'État, 27 novembre 2013, n° 359801](#) - Le syndicat requérant demande au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir les dispositions de la note ministérielle du 6 avril 2012 relatives aux conditions d'organisation des réunions statutaires et d'information syndicale et prise en application du décret du 16 février 2012. Le Conseil d'Etat considère que le ministre auteur de la note a excédé sa compétence à plusieurs égards. En effet, alors qu'aucune règle ne le prévoit, la note exige que seules les organisations syndicales qui disposent d'une section syndicale à l'intérieur des bâtiments où sont organisées les réunions statutaires ou d'information peuvent organiser de telles réunions. En outre, le ministre a excédé sa compétence en prévoyant un délai non conforme au décret pour les demandes d'organisation des réunions syndicales, pour l'information préalable du chef du service avant la venue à la réunion d'un représentant mandaté par une organisation syndicale, pour les demandes d'autorisation spéciales d'absence, et enfin pour avoir prévu l'insertion du tableau de suivi de participation aux réunions syndicales dans le dossier administratif de l'agent. En conséquence, le Conseil d'Etat décide d'annuler partiellement les dispositions de la note du 6 avril 2012. A noter que même si ce décret du 16 février 2012 ne s'applique pas à la fonction publique hospitalière, cette décision apporte des éléments sur des points de droit qui sont quasiment identiques dans le décret n°86-660 du 19 mars 1986 relatif à l'exercice du droit syndical dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En effet, l'article 5 du décret de 1986 ne conditionne pas non plus la tenue des réunions de l'article 5 à l'existence d'une section syndicale, et l'article 8 du décret de 1986 prévoit également un délai de dépôt de demande d'autorisation spéciale d'absence pour réunion statutaire, d'information, et mensuelle d'information au moins égal à une semaine. A la lecture de la décision du Conseil d'Etat, ce délai ne saurait être allongé par l'administration.

Centre hospitalier - Fusion - Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) – Consultation

[Cour administrative d'appel de Marseille, 20 février 2014, n° 12MA04000](#) - Par arrêté en date du 28 septembre 2011, le directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur a décidé la création d'un établissement public de santé intercommunal résultant de la fusion de deux centres hospitaliers. Cet arrêté a été annulé par un jugement du tribunal administratif. La ministre des affaires sociales et de la santé demande à la Cour d'annuler ce jugement en soutenant que si le CHSCT doit être consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, il n'y a pas lieu de le consulter en l'espèce puisqu'aucune des mesures prévues par l'arrêté en cause n'impose de modification des conditions de travail. La Cour considère « qu'eu égard à l'ampleur des réalisations définitives sur lequel le projet en cause avait vocation à déboucher de manière immédiate et aux modifications des conditions de travail en résultant de façon inéluctable, l'arrêté attaqué qui les induisait et en constituait le préalable nécessaire devait être regardé comme une décision d'aménagement important modifiant les conditions de travail au sens des dispositions (...) du code du travail, (...) qu'il en résulte que c'est à bon droit que les premiers juges ont estimé que la décision en cause devait être précédée par la consultation du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ». En conséquence, le recours de la ministre des affaires sociales et de la santé est rejeté.

Praticien contractuel - Novation - Acceptation du salarié - Compétence juridictionnelle

[Cour de cassation, chambre sociale, 18 février 2014, n° 13-10356](#) - Monsieur X a été engagé le 1er septembre 2001 par l'Institut X en qualité de médecin adjoint spécialisé à temps partiel et affecté au Centre de diagnostic prénatal et de médecine fœtale dont les activités ont été transférées par la suite à l'Hôpital XX de l'AP-HP. Conformément à la législation, l'AP-HP lui a proposé un contrat de droit public en l'informant que, faute de réponse dans un délai d'un mois, il serait réputé avoir accepté un contrat de praticien contractuel d'une durée maximale de 2 ans. Considérant qu'il avait accepté ce contrat, l'AP-HP a informé M. X que le contrat arrivait à son échéance 2 ans plus tard et ne serait pas prolongé. Le médecin a donc saisi le conseil des prud'hommes de diverses demandes indemnitaires au titre de la rupture du contrat. Considérant que la novation du contrat de travail ne se présume pas et doit résulter d'un accord exprès sans équivoque, M. X conteste avoir conclu le contrat de travail de droit public de praticien contractuel et soutient que le contrat de travail initial de droit privé a subsisté à la suite du changement d'employeur. En conséquence, M. X affirme que le juge judiciaire est compétent pour apprécier si le salarié a accepté la novation de son contrat de travail de droit privé en contrat de droit public. La Cour d'appel n'est pas de cet avis et considère que le conseil des prud'hommes est incompétent. En effet, elle estime que le contrat de travail de droit privé qui liait M. X à l'Institut XX de Paris n'a pas été transféré à l'AP-HP et que celui-ci a bien accepté de travailler dans le cadre d'un contrat de travail de droit public en qualité de praticien contractuel à l'AP-HP. La Cour de cassation en rejetant le pourvoi, considère « qu'ayant retenu que (...) le salarié avait accepté le contrat de droit public proposé par l'AP-HP, sans subordonner son accord à une quelconque condition, la cour d'appel, par ces seuls motifs, en a déduit à bon droit qu'elle n'était pas compétente pour connaître du litige auquel donnaient lieu l'exécution et la rupture de ce contrat de droit public ; que le moyen n'est pas fondé ».

PATIENT HOSPITALISÉ

Association - Représentant des usagers – Agrément

[Arrêté du 14 mars 2014](#) portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique – Cet arrêté prévoit qu'est délivré pour cinq ans un agrément au niveau national des associations suivantes : association Fibromyalgie SOS - association Conseil aide et défense des usagers de la santé (CADUS).

Défenseur des droits – Règlement intérieur

[Décision n° 2013-430 du 31 décembre 2013](#) portant règlement intérieur du Défenseur des droits

Etablissements de santé – Activité MCO - Indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS)

[Instruction n°DGOS/PF2/2014/74 du 7 mars 2014](#) portant sur la généralisation de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) au sein des établissements de santé exerçant une activité médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) - Cette instruction précise le « nouveau calendrier de la démarche dans le cadre de l'enquête I-SATIS de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, exerçant une activité MCO. Pour les établissements de santé ne répondant pas à l'activité minimum pour obtenir le nombre suffisant de patients (60 séjours), les enquêtes téléphoniques de satisfaction seront facultatives. La liste des établissements de santé concernés sera publiée sur le site du ministère chargé de la santé pour la campagne de 2014. La principale nouveauté est le caractère obligatoire de l'enquête en 2014. »

Titre de séjour – Raison de santé – Conditions d'examen des demandes

[Instruction interministérielle n°DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014](#) sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé – L'IGA et l'IGAS ont été saisies par les ministres de l'intérieur et des affaires sociales et de la santé afin de conduire une mission d'évaluation du fonctionnement du dispositif de délivrance des titres de séjour aux étrangers pour raisons de santé. Cette mission a rendu en mars 2013 un rapport dans lequel elle formule un certain nombre de recommandations. Certaines de ces recommandations nécessitent des ajustements dans la procédure. Est ainsi relevé la nécessité d'harmoniser sur l'ensemble du territoire les pratiques, de renforcer l'information des médecins des agences régionales de santé en mettant notamment à leur disposition des informations sur l'offre de soins disponible dans les pays sources, de remédier à certains dysfonctionnements et de lutter efficacement contre la fraude. Cette instruction a pour objet de rappeler les procédures en vigueur.

Hospitalisation sous contrainte – Décisions d'admission

[Cour de cassation, 11 mars 2014, n° 13-15767](#) – Monsieur X, mis en examen pour un double meurtre, et ayant fait l'objet d'une ordonnance de non-lieu en raison d'une schizophrénie paranoïde, a été placé d'office, le 8 janvier 1988, à l'hôpital psychiatrique Y par le préfet des Hauts de Seine et a fait l'objet de soins psychiatriques contraints sous forme d'une hospitalisation complète depuis cette date. Le 4 janvier 2012, le préfet de la Moselle a saisi le JLD aux fins d'obtenir la poursuite de cette hospitalisation à compter du 18 janvier 2012. Monsieur X fait grief à l'ordonnance de prolonger la mesure d'hospitalisation et de ne pas respecter les dispositions prévues à l'article L. 3211-12-1 I du code de la santé publique. La cour de cassation rejette son pourvoi et rappelle que les délais prévus à l'article L. 3211-12-1 I ne sont pas applicables aux décisions d'admission prises avant le 1^{er} août 2011 (date d'entrée en vigueur de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011).

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Détenu - Toxicomanie - Suicide - Faute - Défaut de surveillance

[Tribunal administratif de Lille, 5 février 2014, n° 1203711](#) - M. X. a été incarcéré au centre pénitentiaire V. en 2005. Le lendemain de son incarcération, il a été pris en charge par l'unité de consultation et de soins ambulatoires du centre pénitentiaire, rattaché au centre hospitalier Y. Le 14 novembre 2006, il a été placé en quartier disciplinaire pour une durée de six jours ; deux jours plus tard, il a été retrouvé pendu dans sa cellule. Il a été hospitalisé au centre hospitalier Y. puis au centre hospitalier régional universitaire W. où il est décédé le 22 novembre 2006. Le tribunal administratif relève que « *l'état d'anxiété du détenu a été relevé dès son arrivée, l'existence d'un risque suicidaire* » dès son incarcération, que « *l'absence de recherches toxicologiques tout au long de l'incarcération du détenu n'a pas permis de confirmer l'état toxicologique initial du détenu, d'adapter les traitements prescrits et de vérifier la bonne observance de ceux-ci alors que l'équipe médicale était informée du racket subi par le détenu et de sa participation à un trafic de médicaments* », et que le personnel médical n'aurait pas pris des mesures spécifiques afin de s'assurer de la prise effective des traitements par le détenu. Enfin, lors de son placement en quartier disciplinaire, le Tribunal constate que « *le médecin n'a pas considéré son état de santé comme incompatible avec cet encellulement* ». Il conclut que « *le manque de surveillance médicale de l'administration des traitements et de leur efficacité doit être regardé comme ayant contribué au passage à l'acte du détenu et constitue ainsi une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier Y.* ».

ORGANISATION DES SOINS

Gestion du risque – ARS - Feuille de route 2014

[Circulaire n° DSS/MCGR/CNAMTS/2014/44 du 7 février 2014](#) relative à la mise en œuvre des priorités de gestion du risque (GDR) en 2014 - Cette instruction présente la feuille de route des dix priorités de gestion du risque en 2014 notamment dans le domaine des EHPAD, les transports sanitaires, les Insuffisance Rénale Chronique (IRC), les Prescriptions hospitalières exécutées en ville, l'imagerie, de la chirurgie ambulatoire et des soins de suites et de réadaptation.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Transmission obligatoire de données individuelles - Liste des maladies – Signalement – Départements

[Arrêté du 17 mars 2014](#) modifiant l'arrêté du 24 avril 2006 fixant la liste des départements mentionnés à l'article D. 3113-6 du code de la santé publique - Cet arrêté dispose que les départements et collectivités qui relèvent de la procédure de signalement sont, concernant le chikungunya "l'ensemble des départements à l'exception du département de la Martinique et des collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy".

Médicaments à usage humain – Distribution en gros – Bonnes pratiques

[Décision du 20 février 2014](#) relative aux bonnes pratiques de distribution en gros de médicaments à usage humain et modifiant l'arrêté du 30 juin 2000 - Sont annexés à cette décision les principes des bonnes pratiques de distribution en gros (BPDG) de médicaments à usage humain. Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a considéré que les lignes directrices (94/C 63/03) publiées par la Commission européenne en 1994 instituant des bonnes pratiques de distribution de médicaments à usage humain ne sont plus adaptées. Il a également considéré la nécessité de prendre en compte les évolutions récentes des pratiques de stockage et de distribution de médicaments à usage humain dans l'Union européenne (modifications apportées par la directive 2011/62/UE du 8 juin 2011 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, en ce qui concerne la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés).

Etablissements de santé - Infections nosocomiales – Activités de lutte – Bilan – Année 2013

[Instruction n° DGOS/PF2/2014/66 du 04 mars 2014](#) relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013 - En application de l'article R. 6111-8 du code de la santé publique, les établissements de santé remplissent annuellement le bilan défini par l'arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Ce texte et ses annexes ont pour objet de définir les modalités pratiques de recueil du bilan d'activité de l'année 2013, et de mettre à disposition "*le cahier des charges et la pondération des items des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales calculés à partir de ce recueil*".

Assistance médicale à la procréation (AMP) – Enquête d'impact – Projet de décret – Compétences – Praticiens

[Instruction n° DGOS/PF2/2014/76 du 11 mars 2014](#) relative au projet de décret sur les compétences des praticiens en matière d'assistance médicale à la procréation : enquête d'impact – Cette instruction rappelle que « l'agrément individuel des praticiens pour les activités biologiques et cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) délivré par l'agence de la biomédecine (ABM), a été supprimé par la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Les praticiens exerçant dans les structures autorisées pour les différentes activités relatives à l'AMP devront désormais être en mesure de « prouver leur compétence » et les critères caractérisant la compétence des praticiens sont désormais intégrés aux conditions techniques de fonctionnement selon le droit commun des autorisations défini par les articles L. 6122-1 et suivants du code de la santé publique (CSP) ». Elle lance donc une demande d'enquête auprès des agences régionales de santé (ARS) sur l'impact d'un projet de décret en Conseil d'Etat relatif aux compétences requises des praticiens en assistance médicale à la procréation (AMP), et présente en annexe le projet de décret, ainsi qu'un tableau récapitulatif des critères retenus pour les activités biologiques d'AMP. Les ARS doivent avoir établi leurs conclusions d'enquête pour le 25 avril 2014.

MARCHÉS PUBLICS

Contrat de délégation de service public - Mission d'intérêt général – Procédure de passation - Rémunération du cocontractant

[Conseil d'Etat, 7 mars 2014, n° 372897](#) - Le CHU Z. a publié le 14 février 2013 un avis d'appel public à la concurrence en vue de passer un contrat de délégation de service public portant sur des prestations de mise à disposition des patients d'abonnements de télévision, de téléphone et d'accès à internet, ainsi que sur des prestations associées. La société Y., concurrent évincé, a saisi le juge des référés précontractuels du tribunal administratif de Rouen, lequel a annulé la procédure de passation dudit contrat et enjoint au CHU Z., de reprendre l'intégralité de la procédure de passation dans des conditions conformes au Code des marchés publics. Le CHU Z. et la société X. attributaire se sont pourvus en cassation. Le Conseil d'Etat a annulé l'ordonnance au motif que le contrat dont s'agit constituait bien une délégation de service public et non un marché public. Le contrat avait, en effet, pour objet de confier à un cocontractant la mission d'intérêt général, liée à l'activité de soins de l'hôpital, consistant à mettre en œuvre l'ensemble des moyens et activités permettant d'assurer la communication des patients avec l'extérieur selon des modes adaptés à leurs besoins actuels. En outre, le cahier des clauses techniques particulières du contrat litigieux imposait des sujétions au cocontractant. Enfin, le prestataire se rémunérait sur les recettes d'exploitation des services et devait verser au CHU Z. une redevance sous la forme d'un forfait ou d'un pourcentage du chiffre d'affaires annuel. La rémunération du cocontractant était ainsi substantiellement liée aux résultats de l'exploitation.

Marché de services à bon de commande - Absence d'exécution des prestations – Résiliation - Réparation du préjudice subi – Montant de l'indemnité

[Conseil d'Etat, 26 février 2014, n° 365546](#) - La Communauté d'agglomération Y. a confié un marché de services à bon de commande, pour une durée de douze mois, à la société X. le conditionnement des déchets ménagers et assimilés collectés sur son territoire. Par une délibération du 10 avril 2008, le conseil d'agglomération a décidé de résilier cette convention aux torts exclusifs de la société en l'absence d'exécution des prestations dans les délais prévus. La société X. a saisi le tribunal administratif de Bastia en réparation du préjudice subi du fait de la résiliation jugée irrégulière du marché dont elle était titulaire. Par un premier jugement du 10 décembre 2009, le tribunal administratif de Bastia a condamné la communauté d'agglomération à verser une indemnité à la société X. Une expertise a également été ordonnée afin de déterminer le préjudice commercial de la société. Par un second jugement du 1er juin 2011, le tribunal administratif de Bastia a fixé le montant de l'indemnisation au titre de ce préjudice et a mis les frais d'expertise à la charge de la communauté d'agglomération. La Cour administrative d'appel de Marseille a confirmé le montant de l'indemnité fixée par le jugement du 10 décembre 2009 et annulé le jugement du 1er juin 2011 en tant qu'il avait condamné la communauté d'agglomération à indemniser la société de son préjudice commercial. Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Marseille du 26 novembre 2012 au motif qu'en n'étant pas en mesure d'exécuter les prestations objet du marché à compter du délai stipulé pour la réalisation des installations indispensables, la société X. a commis une faute de nature à justifier la résiliation à ses torts exclusifs sans qu'y fasse obstacle l'absence de bons de commande, ni l'omission, dans la mise en demeure qui lui a été adressée, d'un délai de réalisation de ces installations.

Marchés à bons de commande – Exécution partielle – Lettres d'intention

[CAA Nancy, 19 décembre 2013, n° 13NC00331](#) - La société X. a conclu en 2002 avec la commune Y. deux marchés à bons de commande. Le premier porte sur des travaux publics de réfection et de renforcement des trottoirs. Le second a pour objet des réfections de voirie liées au dégel. Pour les deux marchés, des montants minimum ont été prévus. Après exécution des deux marchés, il a été constaté que les commandes n'avaient été réalisées. En réponse aux demandes de dédommagement présentées par la société X., la commune Y. a, en dernier lieu par courrier du 9 décembre 2003, indiqué à ladite société qu'un marché sans formalité serait passé annuellement avec elle, durant les exercices 2004, 2005, 2006 et 2007, pour un montant cumulé de 300 000 euros HT et ce, afin de compenser sa perte de chiffres d'affaires et de résorber le litige. Aucune suite n'a été donnée à ce courrier par la commune. C'est ainsi que la société X. a saisi le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne tendant à la condamnation de la commune à l'indemniser. Le juge de première instance a rejeté les conclusions de la société X. Celle-ci a donc interjeté appel. La Cour administrative d'appel de Nancy a rejeté la requête formée par la société X. au motif que la demande de réparation du manque à gagner résultant de l'exécution partielle des contrats conclus en 2002 est sans lien avec le fait, pour la commune, de ne pas avoir donné suite à l'engagement de signer un nouveau contrat portant sur l'entretien des cours d'école. La Cour a profité de l'occasion pour rappeler que des courriers qui ne définissent pas avec précision l'objet du contrat à venir et son prix doivent être regardés comme de simples lettres d'intention et ne sauraient valoir marché public.

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Urbanisme – Logement – Loi « ALUR »

[Loi n° 2014-366 du 24 mars 2014](#) pour l'accès au logement et un urbanisme rénové- La loi « Alur » crée plusieurs dispositions relatives à l'accès au logement (titre 1), à la lutte contre les habitats indignes (titre 2), à l'amélioration des politiques publiques du logement (titre 3), et à la modernisation des documents de planification et d'urbanisme (titre 4). Concernant le volet urbanisme, la loi prévoit notamment le transfert sous conditions, au profit des communautés d'agglomération et des communautés de commune, de la compétence en matière de carte communale, de plan local d'urbanisme ou de document d'urbanisme en tenant lieu. Le texte prévoit également le renforcement de la couverture du territoire par les schémas de cohérence territoriale ; la lutte contre l'étalement urbain et la consommation d'espaces naturels, agricoles et forestiers, le renforcement des outils au service des politiques foncières des collectivités ; le développement de la concertation et de la participation du public dans les décisions relatives à l'urbanisme. Enfin, le texte supprime les coefficients d'occupations des sols et la taille minimale des terrains constructibles.

Empiètement – Acquisition de la mitoyenneté

[Cour de cassation, 19 février 2014, n° 13-12.107](#) - La Cour de cassation rappelle ici, au visa des articles 545 et 661 du Code civil : « L'empiètement, quelque en soit l'auteur, fait obstacle à l'acquisition de la mitoyenneté ». Cet arrêt s'inscrit dans la droite ligne des solutions déjà dégagées par la Cour depuis 2007 (Civ. 3e, 19 sept. 2007 ; Civ. 3e, 5 avr. 2011 — bien que rendu au visa de l'article 808 du Code de procédure civile — et Civ. 3e, 6 mars 2013). Par cet arrêt, la Haute Cour précise la règle en annonçant que l'auteur de l'empiètement n'importe pas pour l'application de celle-ci. Elle met également fin aux doutes quant à l'application de ce principe à l'empiètement par le sol, qui n'était pas évoqué dans les faits des arrêts précités.

DONS ET LEGS

Donation – Reconnaissance de dette – Présomption d'existence

[Cour de cassation, 19 février 2014, n° 12-35.311](#) - Dans cette décision, la demanderesse soutenait que la reconnaissance de dette souscrite par sa défunte mère n'était pas fondée sur une dette existante et constituait une donation déguisée. L'existence de la cause de l'obligation de remboursement, autrement dit de la remise des fonds, étant présumée, pesait alors sur la demanderesse la charge de prouver que la reconnaissance de dette était en réalité causée par l'intention libérale de sa souscriptrice. Or à tort, la cour d'appel l'en avait dispensé, déduisant elle-même de certaines incohérences chronologiques l'inexistence de la cause invoquée et partant, celle de la reconnaissance de dette. Ainsi la Cour confirme-t-elle le renversement de la charge de la preuve qui s'opère, par le jeu de la présomption d'existence de la cause, en présence d'une reconnaissance de dette. La convention est valable quoique la cause n'en soit pas exprimée car celle-ci étant alors présumée ; il incombe à celui qui invoque son inexistence de renverser cette présomption. Rappelons la nature simple de cette présomption, laquelle est donc susceptible d'être combattue par la preuve contraire. La difficulté que les juges du fond avaient permis, à l'héritière, d'éviter apparaît alors d'emblée : la charge de prouver un fait négatif, l'absence de cause. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la Cour de cassation limite l'objet de la preuve à l'absence de remise des fonds.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

