

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 19 décembre au 06 janvier 2014

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

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

Hylda DUBARRY

Gabrielle BAYLOCQ

Laura COURTOIS

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN- MARIS

Audrey VOLPE

Organisation des soins	page 2
Organisation hospitalière	page 4
Responsabilité médicale	page 8
Marchés publics	page 9
Personnel	page 10
Patient Hospitalisé	page 12
Coopération à l'hôpital et associations	page 13
Réglementation sanitaire	page 13
Domaine public et privé	page 14
Frais de séjour	page 14
Sécurité sociale	page 15
Publications	page 16

ORGANISATION DES SOINS



Soins psychiatriques - Prise en charge - Pilotage - Sectorisation - Formation - Insertion sociale - Démocratie sanitaire - Détenus - Recherche

Rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie - décembre 2013 - La mission parlementaire a cherché "*à se constituer un corpus de connaissances et d'expériences et à identifier les principaux problèmes posés*" dans le champ de la prise en charge des maladies mentales. La mission d'information formule trente propositions, structurées autour de quatre axes : une meilleure prise en charge des patients (diminution du délai de diagnostic et de premier accès aux soins; amélioration de la prise en charge des maladies somatiques); la rénovation du secteur, notamment à travers le renforcement des politiques intersectorielles; favoriser l'inclusion sociale (développement de la démocratie sanitaire; amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques des détenus), et enfin l'adaptation des moyens (formation des infirmiers, renforcement de la recherche). Le rapport conclut à la nécessité de "*diminuer le nombre de rapports et donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations*".

Qualité des soins - Coordination des soins - Transport sanitaire privé - Agence régionale de santé - Contrat type national

Décision du 17 décembre 2013 fixant le contrat type pour 2014 et l'avenant type aux contrats signés en 2012 et 2013 pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur le transport sanitaire - Cette décision comporte en annexe le contrat type national et l'avenant type pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur le transport sanitaire, conclu entre "*d'une part, le transporteur sanitaire privé conventionné et, d'autre part, l'agence régionale de santé dans le ressort de laquelle le transporteur sanitaire a son siège social*". Ce contrat a pour objet de permettre aux transporteurs "*qui disposent de véhicules sanitaires légers de favoriser leur mise à la disposition des assurés sociaux, compte tenu des caractéristiques sanitaires de la population de la circonscription régionale de référence et des conditions locales d'offre et d'organisation des soins, en conformité avec la prescription médicale de transport et le référentiel de prescription*". Dans ce cadre, l'ARS définit l'engagement du transporteur (déclaration de son personnel et de ses véhicules, taux de télétransmission minimal, etc.). Un bilan d'application du contrat sera organisé à la fin de l'année 2014. Tout contrat ou avenant non conforme au contrat type national ou à l'avenant type national "*sont, de plein droit, nuls et de nul effet*".

Transport sanitaire – Taux prévisionnel d'évolution – Dépenses – Année 2014

[Arrêté du 20 décembre 2013](#) fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014 - Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014 est fixé à 2,5 %.

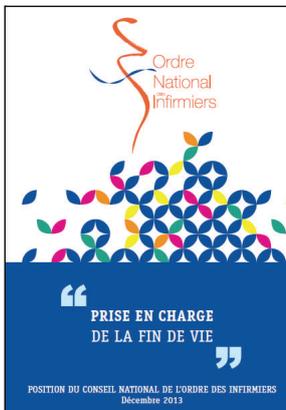
Organisation des soins - Maladie de Parkinson - Centre inter régionaux de coordination - Centres experts régionaux

[Instruction n° DGOS/R4/2013/403 du 10 décembre 2013](#) relative aux missions des centres experts à vocation régionale et centres inter régionaux de coordination pour la prise en charge de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens - Ce texte, qui concerne les groupes hospitaliers AP-HP Pitié-Salpêtrière et Henri Mondor - Albert Chenevier, a notamment pour objet d'identifier les "*24 centres experts Parkinson (CEP) et 7 centre interrégionaux de coordination pour la maladie de parkinson et les syndromes parkinsoniens (CIRC)*", dans le cadre du plan d'actions Parkinson. Il comporte en annexe le cahier des charges relatif aux missions et à l'organisation de ces centres, ainsi qu'une liste et des tableaux explicatifs des indicateurs de suivi.



Personnes âgées - Parcours de santé - Contractualisation - Territoire de santé

[Guide ANAP « Construire un parcours de santé pour les personnes âgées »](#) - décembre 2013 - Ce guide présente "*les grandes étapes de construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées*", sur la base des "*retours d'expérience des accompagnements que l'ANAP a effectués auprès des ARS Pays de la Loire et Île-de-France depuis 2011*". Il est constitué de six fiches thématiques, chacune constituant "*l'une des étapes de la construction d'un parcours de santé pour les personnes âgées et est composée de deux parties : d'une part le cadre conceptuel, rappelant les définitions et références liées à la thématique présentée, d'autre part les enseignements et illustrations*". L'ANAP propose également un "*kit outils*".



Fin de vie - Conseil national de l'Ordre des infirmiers - Suicide assisté - Euthanasie - Clause de conscience - Sédation terminale - Prise en charge de la douleur - Directives anticipées - Personne de confiance - Formation

Position du Conseil national de l'Ordre des infirmiers sur la prise en charge de la fin de vie - décembre 2013 - A la suite de la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, et du Comité consultatif national d'éthique, le Conseil national de l'Ordre des infirmiers *"souhaite faire connaître sa position quant à cette problématique de la fin de vie"*. Il appelle de ses vœux un *"grand débat décliné régionalement et inscrit dans celui sur la Stratégie nationale de santé"*, et refuse *"toute légalisation de l'euthanasie et/ou du suicide assisté tant il est dangereux, inopportun et foncièrement contraire à la déontologie d'organiser l'aide au suicide"*. Il préconise d'abord la large information sur les textes existants (directives anticipées, personne de confiance), la formation des professionnels de santé sur la fin de vie, mais également l'érection de la prise en charge de la douleur comme *"grande cause nationale de santé publique"*. Des actions prioritaires devraient être conduites dans les EHPAD, et plus largement, l'infirmier devrait être reconnu *"comme pivot des soins apportés au patient en fin de vie"*. La *"sédation terminale"* devrait être envisageable, tout en garantissant la clause de conscience de l'infirmier.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Transparence - Vie publique - Haute autorité - Organisation - Fonctionnement

Décret n° 2013-1204 du 23 décembre 2013 relatif à l'organisation et au fonctionnement de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique - Ce texte précise les conditions de fonctionnement de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique (élection des membres, réunions, ordre du jour, modalités de délibération et de vote, règlement intérieur). Il en fixe par ailleurs les modalités d'organisation administrative et financière.

Transparence de la vie publique – Situation patrimoniale – Déclaration d'intérêts – Déclaration

Décret n° 2013-1212 du 23 décembre 2013 relatif aux déclarations de situation patrimoniale et déclarations d'intérêts adressées à la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique – Ce décret fixe les modèles et le contenu des déclarations de situation patrimoniale et d'intérêts des personnes assujetties en application des lois relatives à la transparence de la vie publique. Sont concernés les membres suivants : membres du Gouvernement et du Parlement, membres des collèges des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes ; titulaires de fonctions exécutives locales ; représentants français au Parlement européen ; membres des cabinets ministériels et collaborateurs du Président de la République ; collaborateurs du président de l'Assemblée nationale et du président du Sénat ; personnes exerçant un emploi ou des fonctions à la décision du Gouvernement auxquels elles ont été nommées en conseil des ministres ; dirigeants d'entreprise et d'établissement public de coopération intercommunale.

Loi anti-cadeaux – Avantages consentis par les entreprises – Transparence - Site internet public unique - Modalités de fonctionnement

[Arrêté du 3 décembre 2013](#) relatif aux conditions de fonctionnement du site internet public unique mentionné à l'article R. 1453-4 du code de la santé publique - Cet arrêté précise les modalités de publication des liens d'intérêts contractuels et des avantages octroyés en nature ou en espèce à certaines entreprises et aux professionnels de santé, sur un site internet public unique. Il fixe les conditions d'inscription et d'authentification des entreprises, les modalités de transmission sécurisée des informations, les droits des personnes, ainsi que la durée de la publicité. Les déclarations à distance devront comporter les informations figurant en annexe de cet arrêté. Le site internet public unique est accessible aux entreprises à compter de l'entrée en vigueur de ce texte, et doit être accessible au public au plus tard le 1er avril 2014.

Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) - Conditions de fonctionnement et d'utilisation du fonds

[Décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013](#) relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés - Ce texte abroge le décret n°2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au 1er janvier 2014. Il convient de noter en premier lieu, qu'il prévoit qu'un rapport provisoire est transmis à la commission de surveillance du fonds au plus tard le 15 mai, relatif à l'utilisation du fonds au cours de l'exercice antérieur, et que le rapport définitif est transmis à cette commission au plus tard le 31 juillet. En deuxième lieu, ce décret indique que "*le versement par le fonds des subventions ou des avances aux établissements de santé ou aux groupements de coopération sanitaire est désormais prévu au fur et à mesure de la présentation des pièces justifiant des dépenses engagées*", toute dérogation faisant l'objet d'une décision expresse du ministre chargé de la santé.

Assurance maladie – Objectif des dépenses - Médecine - Chirurgie - Obstétrique - Odontologie

[Arrêté du 24 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 21 février 2013 fixant pour l'année 2013 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale - L'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités MCO est fixé à 48 006,8 millions d'euros pour 2013, et non plus à 48 019,8 millions d'euros comme initialement prévu par l'arrêté du 21 février 2013.

Médicaments - Taux prévisionnel d'évolution – Dépenses – Année 2014

[Arrêté du 20 décembre 2013](#) fixant pour 2014 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville – Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville est fixé à 5% pour l'année 2014.

Etablissements de santé publics ou privés – Données d'activité médicale – Soins de suite et de réadaptation (SSR) – Psychiatrie – Recueil et traitement

[Arrêté du 19 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 30 juin 2011 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et l'arrêté du 29 juin 2006 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie.

Fonds pour la modernisation des établissements de santé – Crédits – Année 2013

[Arrêté du 23 décembre 2013](#) relatif au financement pour l'année 2013 des missions prévues au III quinquies de l'article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 – Pour l'année 2013, le montant des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est arrêté à 1 069 248 euros.

Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés – Accompagnement social – Aides individuelles – Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) – Gestion prévisionnelle

[Instruction n° DGOS/RH3/MEIMMS/2013/410 du 17 décembre 2013](#) relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional - Ce texte vise à "*rappeler les principes généraux applicables dans le cadre de l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé publics et privés (lucratifs et non lucratifs) et les mesures qui peuvent faire l'objet d'un financement au titre du fonds d'intervention régional*". Il évoque notamment le fonctionnement des dispositifs des aides individuelles, des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, ainsi que les modalités de pilotage de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Dotation annuelle de financement (DAF) – DAF USLD – Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (MIGAC)

[Arrêté du 26 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 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 - Cet arrêté modifie les montants initialement prévus de la dotation annuelle de financement (DAF) et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé (MIGAC).

Etablissements de santé – Campagne tarifaire – Année 2013

[Circulaire n° DGOS/R1/2013/415 du 13 décembre 2013](#) relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé - Ce texte précise les conditions d'allocation aux établissements de santé des ressources complémentaires (580,26 M€), dont 475,54 M€ intégrés dans les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et 104,71 M€ intégrés dans les dotations régionales de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM).

Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) - Projets d'investissement - Gestion des subventions

[Instruction DGOS/R1/2013/N°408 du 13 décembre 2013](#) relative à la deuxième délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2013 - Cette instruction a pour objet de déléguer et de répartir entre les régions un montant de 88,53 M€ de crédits FMESPP pour le financement de projets d'investissements (immobiliers, systèmes d'information, informatisation des urgences, etc.). Elle précise par ailleurs les modalités de gestion des subventions FMESPP.

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD – Besoin en soins – Perte d'autonomie – Evaluation – Commission régionale de coordination médicale - Grille AGGIR - Référentiel PATHOS

[Circulaire interministérielle n° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013](#) relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles - Cette circulaire précise les modalités et la périodicité des évaluations du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents des EHPAD par le médecin coordonnateur à l'aide respectivement de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS. Elle indique également les modalités de leur validation par les médecins de l'ARS et du conseil général, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale. Lui sont annexés un guide pratique pour la programmation, la réalisation et la validation des évaluations AGGIR et PATHOS pour la mise en place des commissions régionales de coordination médicale, ainsi qu'un protocole d'action entre l'ARS et le Conseil général pour la validation conjointe du GMP.

Contrat de bon usage des médicaments - Critères d'évaluation - Indicateurs

[Instruction N°DGOS/PF2/DSS/2013/404 du 10 décembre 2013](#) relative à la mise en œuvre du décret du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale - Cette instruction rappelle les trois objectifs du nouveau dispositif portant sur le contrat de bon usage (CBU) : le renforcement d'un pilotage national, la meilleure articulation avec la régulation des dépenses des listes en sus, et l'adaptation de dispositions existantes, notamment en matière de sanction en cas de non respect. Elle comporte en annexe des précisions relatives aux critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux (qualité de la prise en charge, bon usage), ainsi qu'aux critères d'évaluation sans indicateurs nationaux de suivi (politique de qualité de sécurité et d'efficacité du médicament et des dispositifs médicaux stériles). Elle rappelle par ailleurs le socle commun des indicateurs et critères d'évaluation des contrats de bon usage tels qu'énoncés par le ministère de la santé au mois de novembre 2008.

Centres de santé - Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) – Enregistrement

[Instruction n° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2013/402 du 19 décembre 2013](#) relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) - Cette circulaire a d'abord pour objet de "*formaliser les règles d'enregistrement des centres de santé dans FINESS*", dans une fiche technique annexée au texte, en vue de la création de l'observatoire des centres de santé, intégré à l'observatoire des recompositions. Elle vise en outre à "*proposer des modalités de traitement des informations existantes dans le répertoire afin d'apporter les modifications ou ajouts qui s'imposent pour fiabiliser l'identification des centres de santé*". C'est pourquoi elle analyse les catégories d'établissements antérieurement retenues comme dispensaires ou centres de santé dans le répertoire FINESS afin de rationaliser leur reclassement.

Commission régionale paritaire - Personnels médicaux hospitaliers - Dialogue social

[Instruction n° DGOS/RH4/2013/394 du 29 novembre 2013](#) relative à la mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives à la commission régionale paritaire mentionnée à l'article R. 6152-325 du code de la santé publique - Cette instruction présente les "*nouvelles dispositions relatives à la composition et aux missions de la commission régionale paritaire*" des Agences Régionales de Santé (ARS). Elle indique que le nombre total des membres est "*porté de seize à vingt-quatre membres*", dont dix représentants des organisations syndicales représentatives, dont un représentant des chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et un représentant des internes. Le texte énonce les modalités de désignation des représentants des personnels médicaux, puis des directeurs et des présidents de commission médicale d'établissement. Il précise que cette commission est réunie à *minima* trois fois par an, et qu'elle a pour nouvelles missions de valoriser l'exercice hospitalier et de promouvoir les questions liées au temps de travail. Les noms des membres titulaires et suppléants devront être communiqués à chaque Directeur Général d'ARS entre décembre 2013 et janvier 2014, la composition devant être arrêtée entre janvier et février 2014. La première réunion devra être tenue en février-mars 2014.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Solidarité nationale – Accident médical – Conditions de réparation

[Conseil d'Etat, 6 novembre 2013, n°352492](#) – Un jeune enfant né avec une malformation cardiaque subit une intervention quelques années plus tard, au cours de laquelle survient une complication entraînant une anoxie cérébrale, il en subsiste des lésions neurologiques majeures. Sa mère obtient une indemnisation de la part de l'ONIAM qui limite la part du dommage indemnisable à 50%. La Cour d'appel confirme cette évaluation. Le Conseil d'Etat estime « qu'après avoir constaté que les conséquences dommageables de l'intervention ne résultaient pas d'une faute du service hospitalier mais d'une complication technique imprévisible, et qu'elles remplissaient les conditions d'anormalité et de gravité ouvrant droit à réparation au titre de la solidarité nationale, la Cour a commis une erreur de droit en limitant ce droit à réparation à une fraction seulement du dommage ».

Responsabilité du médecin – Prise en charge – Suicide - Psychiatrie

Conseil d'Etat, 6 novembre 2013, n°352043 – Une personne est conduite par les pompiers dans un établissement psychiatrique. Elle quitte ensuite le centre hospitalier contre l'avis de l'interne de garde. Le lendemain matin, elle met fin à ses jours. Ses ayants droit engagent la responsabilité de l'hôpital et obtiennent de la Cour d'appel une réparation intégrale de leurs préjudices en raison de la prise en charge fautive du patient. En effet, l'interne de garde n'avait ni consulté le dossier médical de la patiente, ni informé le médecin dont il relevait.

Le Conseil d'Etat affirme, que « *s'il n'est pas certain qu'en l'absence de faute le dommage ne serait pas advenu, le préjudice qui résulte directement de la faute commise par l'établissement et doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte d'une chance de l'éviter, que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue* ».

ONIAM – Action contre l'ONIAM – Responsabilité de l'établissement

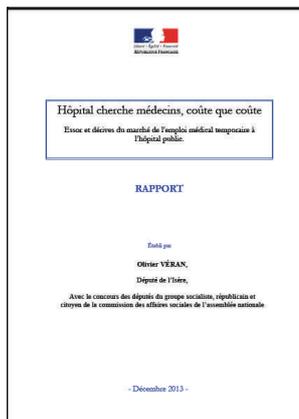
Conseil d'Etat, 6 novembre 2013, n° 355030, 355031, 355032 - A la suite du décès d'une patiente, son compagnon recherche la responsabilité de l'établissement et saisit la commission de conciliation et d'indemnisation compétente. En l'absence d'offre de l'assureur de l'établissement, l'ONIAM se substitue à ce dernier et propose une indemnité au requérant. Insatisfait par l'offre de l'ONIAM, le requérant décide d'agir contre l'ONIAM. Le Conseil d'Etat considère que la possibilité d'agir en justice contre l'ONIAM en cas d'absence d'offre ou d'offre insuffisante, n'a pas pour objet d'instituer un droit d'agir en justice contre l'ONIAM au titre de dommages engageant la responsabilité d'un établissement public de santé quand la procédure de règlement amiable n'a pu aboutir. Dès lors, il ne revient pas à l'ONIAM de réparer les préjudices subis par le requérant.

MARCHÉS PUBLICS

Commande publique - Marchés publics - Procédures formalisées – Seuils

Décret n° 2013-1259 du 27 décembre 2013 modifiant les seuils applicables aux marchés publics et autres contrats de la commande publique - Ce décret vient actualiser à compter du 1^{er} janvier 2014 les seuils de passation des marchés et accords-cadres des établissements publics de santé : de 200 000 € HT à 207 000 € HT pour les marchés de fournitures et de services, et de 500 000 € HT à 5 186 000 € HT pour les marchés de travaux.

PERSONNEL



Etablissement public de santé - Emploi médical - Exercice hospitalier - Recrutement - Attractivité

[Rapport parlementaire](#) sur l'emploi temporaire à l'hôpital - "Hôpital cherche médecins, coûte que coûte - Essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public" - décembre 2013 – Si le nombre global de médecins hospitaliers augmente « *suffisamment pour couvrir la plupart des besoins en santé* », cela ne permet pas de couvrir les disparités régionales ou résultant de la taille des établissements. Les hôpitaux « *sont seuls pour gérer leur pénurie, terrain que les administrations régionales de tutelle, comme les collectivités territoriales, n'ont jusqu'ici investi qu'avec parcimonie* » : ils recourent donc à l'emploi médical temporaire, dont le coût total « *avoisine les 500 millions d'euros par an* ». Le rapport formule quatorze recommandations, construites autour de quatre axes : faire connaître aux médecins en formation l'exercice hospitalier, améliorer l'organisation et appuyer les établissements dans le recrutement, améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital, et réguler le marché de l'emploi médical temporaire.

Droit syndical - Organisation syndicale représentative - Conseil commun de la fonction publique - Crédit de temps syndical – Mises à disposition

[Décret n° 2013-1249 du 23 décembre 2013](#) modifiant le décret n° 2012-148 du 30 janvier 2012 relatif au Conseil commun de la fonction publique – Ce texte allonge le délai de dépôt des amendements présentés par les membres du Conseil commun ayant voix délibérative et de ceux présentés par le Gouvernement. Désormais, le calcul de ce délai est effectué en jours francs, et non plus en jours ouvrables. Par ailleurs, le décret prévoit que les organisations syndicales disposant d'au moins un siège au Conseil commun bénéficient de l'attribution d'un contingent de crédit de temps syndical, correspondant à 32,5 équivalents temps plein, réparti entre les organisations syndicales proportionnellement aux voix qu'elles ont obtenues dans l'ensemble des trois fonctions publiques (soit 6 ETP pour la fonction publique hospitalière). Dans la fonction publique hospitalière, ce crédit de temps syndical sera attribué aux agents désignés par les organisations syndicales sous forme de mises à disposition.

[Arrêté du 23 décembre 2013](#) fixant le montant des crédits de temps syndical accordés aux organisations syndicales représentatives de la fonction publique - Cet arrêté fixe le nombre d'équivalents temps plein à attribuer au sein de la fonction publique hospitalière à chaque organisation syndicale représentée au Conseil commun de la fonction publique : 2 ETP pour UGFF-CGT, 1,5 ETP pour UFFA-CFDT, 1,5 ETP pour UIAFP-FO, 0,5 ETP pour UNSA-FP et 0,5 ETP pour US Solidaires FP.

Fonction publique hospitalière – Personnels – Statuts - Corps de la catégorie B

[Décret n° 2013-1198 du 20 décembre 2013](#) modifiant divers statuts de la fonction publique hospitalière – Ce décret vient modifier le décret du 14 juin 2011 portant dispositions statutaires communes à divers corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière en abrogeant des dispositions non adaptées à la fonction publique hospitalière et en précisant la procédure de nomination des agents recrutés dans le corps suite à leur inscription sur une liste d'aptitude ou à leur réussite à un examen professionnel. Dans le décret du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels de rééducation de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, le décret abroge également une disposition non adaptée relative à l'organisation des stages.

Personnels médicaux - Temps plein - Temps partiel - Emoluments - Rémunérations - Indemnités

[Arrêté du 26 décembre 2013](#) relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé - Cet arrêté modifie les rémunérations et sujétions des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie des établissements publics de santé.

Réglementation - Diplôme - Etudes médicales - Chirurgie urologique

[Arrêté du 3 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 modifié fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

Fonction publique hospitalière – Statut général – Note de service

[Cour administrative d'appel de Bordeaux, 19 novembre 2013, n° 12BX02111](#) - Ce litige oppose un centre hospitalier à un syndicat. Par deux notes de service, le directeur du centre hospitalier a modifié l'organisation et l'aménagement du travail de personnels, prévoyant la suppression d'un jour de repos par mois en contrepartie d'une diminution de l'amplitude horaire de travail journalier de vingt minutes. Le syndicat a saisi le tribunal administratif de Pau d'un recours en annulation dirigé contre ces deux notes. Celles-ci ont été annulées par le tribunal.

La Cour estime que ces notes de service portent atteinte aux dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et doivent être annulées. Considérant ces notes comme des actes administratifs susceptibles de recours, la Cour confirme la solution rendue en première instance.

PATIENT HOSPITALISÉ

Prise en charge d'un enfant handicapé – Obligation – Agence régionale de santé

Conseil d'Etat, juge des référés, 27 novembre 2013, n° 373300 - En l'espèce, les parents d'un enfant âgé de 6 ans atteint d'un syndrome autistique sévère, demandent au juge du référé liberté d'ordonner à l'administration compétente de prendre les mesures nécessaires afin d'assurer son placement dans un institut médico-éducatif. Le juge des référés rejette leur demande et rappelle que les compétences dont disposent les agences régionales de santé se limitent à autoriser la création des instituts médico-éducatifs, à contrôler leur fonctionnement et à leur allouer des ressources sans « *cependant les habiliter à imposer la prise en charge d'une personne* ».

Le juge souligne que l'agence régionale de santé concernée n'est pas restée inactive puisqu'elle « *a engagé la mise en place, à très brève échéance, d'un dispositif provisoire d'accueil de jour dans la région de Blois pour quelques enfants atteints d'autisme sévère et dépourvus de prise en charge appropriée en raison du manque de places en établissement, au nombre desquels figure le jeune X* », « *que le directeur de l'agence régionale a demandé à la personne à laquelle il avait confié la mise en place de cette structure d'accueil, de mettre en œuvre sans délai la procédure d'admission des enfants en rupture de parcours repérés par la maison départementale des personnes handicapées et, en particulier, celle du jeune X* ». Par conséquent, « *Les mesures prises par l'agence régionale de santé ne révèlent aucune carence caractérisée dans l'accomplissement des obligations mises à la charge de l'Etat par l'article L. 246-1 du code de l'action sociale et des familles* ».

Obligation d'information – Préjudice moral

Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 13 novembre 2013, n° 2013/449 – Une patiente se fait opérée par un chirurgien gynécologue qui procède à l'ablation des trompes, des ovaires, de l'épiploon et de l'utérus. La patiente demande réparation de ses divers préjudices. Elle est indemnisée au titre du dommage corporel subi par l'ablation de l'utérus qui revêtait un caractère fautif.

Concernant le manquement à l'obligation d'information du praticien qui n'a pas informé la patiente sur les diverses ablations qu'elle allait subir, les juges écartent toute indemnisation sur le fondement de la perte de chance, considérant que même informée, la patiente n'aurait pas refusé l'intervention qui était indispensable vu la taille des tumeurs. Toutefois, la Cour décide que la méconnaissance du devoir d'information a porté atteinte aux droits de la patiente et doit être réparée. Ce préjudice résulte pour la patiente d'un défaut de préparation aux risques encourus. La patiente obtient 6 000 euros de dommages et intérêts.

COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

Etablissements de santé – Groupement de coopération sanitaire (GCS) – Réseau de santé – Certification – Haute Autorité de santé (HAS)

[Décision n° 2013.0142/DC/SCES du 27 novembre 2013](#) du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Médicaments – Produits de santé – Sanctions pénales et financières

[Ordonnance n° 2013-1183 du 19 décembre 2013](#) relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l'adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements - Cette ordonnance a "*pour objet [...] de remplacer les peines pour les infractions ne présentant pas de risque pour la santé par des sanctions financières prononcées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et les agences régionales de santé (ARS) et de conserver les peines pénales, en augmentant le quantum des amendes, pour les infractions qui font, en pratique, l'objet de poursuites par le Parquet et pour les infractions les plus graves ou entraînant des risques majeurs pour la santé publique*". Elle est composée d'un titre Ier qui "*procède à l'harmonisation de l'ensemble des sanctions pénales et financières relatives aux médicaments à usage humain, aux autres produits et substances pharmaceutiques réglementés et aux dispositifs médicaux (DM) et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DM/DIV)*", et d'une titre II qui adapte les "*prérogatives des agents et des autorités chargés de constater les manquements relatifs aux produits de santé*". Elle entre en vigueur au 1er février 2014.

Prescription médicale - Etat membre de l'Union Européenne - Reconnaissance réciproque

[Décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013](#) relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne - Ce texte a pour objet de mettre en œuvre les dispositions d'une directive européenne du 20 décembre 2012 établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre. Il détermine en premier lieu les mentions obligatoires qui doivent figurer sur une prescription médicale pour que celle-ci puisse être délivrée dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Il prévoit en outre les conditions dans lesquelles les pharmaciens délivrent les médicaments sur prescription d'un professionnel de santé établi dans un autre Etat membre que la France.

Marchandises dangereuses - Déchets – Transport

[Arrêté du 20 décembre 2013](#) modifiant l'arrêté du 29 mai 2009 relatif aux transports de marchandises dangereuses par voies terrestres (dit « arrêté TMD ») - Cet arrêté "*définit le contenu du rapport annuel du conseiller à la sécurité*" et "*précise certaines modalités du transport ferroviaire de marchandises dangereuses (séjour temporaire de wagons chargés de marchandises dangereuses)*".

DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ



Développement durable - Management environnemental - Analyse environnementale - Energie - Déchets

[Guide du système communautaire de management environnemental et d'audit, emas, pour les établissements de santé - décembre 2013](#) - En partenariat avec le Comité pour le développement durable en santé, le Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie a élaboré un guide poursuivant trois objectifs : "*la mise en œuvre d'une responsabilité environnementale [...]; l'amélioration des performances environnementales des organisations; la communication des résultats environnementaux à la société et aux parties prenantes en général*". Ce document se présente comme un guide de référence de bonnes pratiques, permettant "*d'informer et de sensibiliser potentiellement plusieurs milliers d'établissements et services du secteur de la santé*".

FRAIS DE SÉJOUR

Créances hospitalières - Tiers payant - Compétence juridictionnelle

[Conseil d'État, 13 novembre 2013, n°350428](#) - Ce litige oppose l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris à une société qui assure pour le compte d'organismes d'assurance maladie complémentaire le bénéfice du tiers payant pour une part de dépenses non couvertes par la sécurité sociale. Cette société conteste une partie des créances hospitalières qui lui sont réclamées par l'AP-HP. Le tribunal administratif ainsi que la Cour administrative d'appel de Paris se déclarent incompétents. La société forme donc un pourvoi. Le Conseil d'Etat rappelle que les litiges entre un patient et un établissement public de santé relèvent du juge administratif. Qu'il en va de même, sauf si la loi en dispose autrement, des litiges relatifs au paiement de frais de santé qui opposent l'établissement public de santé aux organismes chargés de ce paiement pour le compte de la personne hospitalisée. Ainsi, le Conseil d'Etat donne raison à la société et annule l'arrêt rendu par la Cour administrative d'appel. L'affaire est renvoyée devant la Cour administrative d'appel de Paris.

SÉCURITÉ SOCIALE

Loi de financement de la sécurité sociale - 2014 - LFSS 2014

[Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013](#) de financement de la sécurité sociale pour 2014 - La loi de financement de la sécurité sociale détermine, chaque année, les conditions générales d'équilibre des comptes sociaux, établit les prévisions de recettes et fixe les objectifs de dépenses dans les conditions prévues par la loi organique du 2 août 2005.

S'agissant de la [tarification hospitalière à l'activité](#) l'article 41 de la loi ouvre un financement dérogatoire au modèle T2A des activités isolées géographiquement. Un décret précisera les modalités d'application de ce principe et la liste des établissements éligibles sera fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition du directeur général de l'ARS. Cet article prévoit également la mise en œuvre de tarifs dégressifs pour les établissements de santé publics et privés en fonction de taux d'évolution ou de volumes d'activités de soins.

Il est prévu qu'avant le 31 mai 2014, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Ce rapport détaillera notamment les pistes envisagées pour intégrer des critères de pertinence des soins et de qualité des prises en charge dans la tarification des établissements et pour mieux contrôler l'évolution des volumes d'activité en fonction de ces critères.

L'article 45 de la loi prévoit un [report au 1er mars 2018, de la généralisation de la facturation individuelle dans les hôpitaux pour les prestations liées aux séjours](#).

Outre les dispositions budgétaires, de nombreux aménagements de taux et de dispositions juridiques ont été prévues : A noter les dispositions relatives à la [mise en œuvre d'expérimentations](#) pour lesquelles il peut être dérogé aux règles de financement des établissements de santé et aux règles de facturation et de tarification : Expérimentation dans le cadre de projets pilotes destinés à améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ; Expérimentation afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe et relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Des expérimentations portant sur le déploiement de la [télé médecine](#) peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télé médecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires. (Article 36).

A titre expérimental à compter du 1er avril 2014 et pour une période de trois ans, la [délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité](#), lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

L'article 55 de la loi prévoit que le médecin ou la sage-femme qui prescrit un [contraceptif à une assurée mineure d'au moins quinze ans](#) ou qui lui prescrit des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive et le biologiste médical qui effectue ces examens sont tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Il en est de même pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif. Cette dispense étant prise en charge par l'assurance maladie via la carte professionnelle du praticien.

L'article 35 de la loi prévoit que les professionnels soumettant un [protocole de coopération entre professionnel de santé](#) (article 51 de la HPST) à l'ARS devront fournir un modèle économique, notamment ses modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés, conforme à un contenu type précisé par arrêté du ministre en charge de la santé.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

