

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1er au 15 mai 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Patient hospitalisé	page 2
Organisation hospitalière	page 5
Personnel	page 5
Réglementation sanitaire	page 13
Organisation des soins	page 15
Coopérations	page 16
Sécurité technique	page 17
Publications	page 18

Pôle de la Réglementation
Hospitalière et de la Veille
Juridique

Hylda DUBARRY

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

Marie-Hélène ROMAN-
MARIS

Audrey VOLPE

PATIENT HOSPITALISÉ

[Arrêté du 5 avril 2012](#) portant cahier des charges relatif à l'élaboration du rapport de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur les droits des usagers du système de santé mentionné à l'article D. 1432-42 du code de la santé publique - Le rapport spécifique de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est élaboré en fonction des objectifs suivants : Promouvoir et faire respecter les droits des usagers / Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous/ Conforter la représentation des usagers du système de santé/ Renforcer la démocratie sanitaire.

[Décret n° 2012-663 du 4 mai 2012](#) relatif aux modalités de gestion des biens des personnes protégées, dont la protection est confiée à un mandataire judiciaire, personne ou service préposé d'une personne morale de droit public - Ce décret tire les conséquences des modifications introduites par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique, codifiées notamment aux articles 427 et 451 du code civil. Il définit le rôle du comptable public dans la gestion des fonds des personnes dont la mesure de protection est confiée à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs relevant d'une personne morale de droit public.



[Rapport HAS - Indicateurs de qualité généralisés en santé mentale - Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats - Campagne 2010](#) - La Haute autorité de santé vient de mettre en ligne un rapport en date du mois de décembre 2011 concernant les principaux constats issus de l'analyse des résultats de la première campagne de recueil généralisée des trois indicateurs du thème « Qualité du dossier patient en santé mentale ». La campagne 2010 était axée sur trois indicateurs : la tenue du dossier patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ainsi que le dépistage des troubles nutritionnels.

[Rapport au Gouvernement de la République française](#) relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010 (19 avril 2012)

[Réponse du Gouvernement de la République française](#) au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010 (19 avril 2012) - Le Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe a publié le 19 avril 2012 un rapport relatif à sa venue en France à la fin de l'année 2010, où il a visité plusieurs établissements psychiatriques. Il dénonce notamment, au sein de ce rapport, un recours abusif aux mesures d'isolement. De manière générale, le CPT considère qu'il y a un certain nombre d'évolutions positives. Il préconise notamment que les conditions dans lesquelles se déroulent les transferts médicaux de détenus et les soins qui leurs sont prodigués en milieu hospitalier de proximité soient améliorées. Le CTP recommande également des mesures urgentes à l'égard des personnes en attente de placement en UMD et des détenus souffrant de troubles psychiatriques et souhaite que le gouvernement veille à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement (MCI) soient revus dans tous les établissements et services ayant recours à la MCI et à la contention mécanique.

Face à ses demandes d'information et ses recommandations, le gouvernement a répondu à ce rapport en indiquant les mesures qui ont été prises au sein des établissements ou plus généralement de manière législative, avant et après la visite. Il considère que des améliorations sont en cours en matière d'accueil et de traçabilité et indique que le protocole de MCI dans les établissements respectait les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) en la matière.

Commission d'accès aux documents administratifs, 5 avril 2012, avis n° 20121675 (Communication – Dossier médical – Ayant droit) - Dans sa séance du 5 avril 2012, la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) rend un avis concernant l'étendue de la notion d'ayant droit pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique concernant un patient décédé, en particulier dans le cas où un patient laisse un conjoint successible ainsi que sur l'application de cet article aux bénéficiaires de contrats d'assurance-vie.

La CADA estime que « les personnes bénéficiant de la qualité d'ayants droit du défunt au sens de ces dispositions sont les mêmes que celles qui présentent la qualité d'héritier ayant, par application des règles générales du Code civil en matière de successions et de libéralités, une vocation universelle ou à titre universel à la succession du patient décédé ». Elle indique qu'« *il s'agit, dès lors, en premier lieu, des successeurs légaux du défunt (...)* » et considère que « *le conjoint survivant non divorcé a, au même titre que les enfants du défunt ou leurs descendants, ou, en l'absence de descendance du défunt, que les père et mère de ce dernier, la qualité d'ayant droit pour l'application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. La présence du conjoint successible prive en revanche de cette qualité les parents du défunt autres que ses enfants ou leurs descendants et que ses père et mère, en l'absence de dispositions testamentaires qui les aient institués héritiers* ».

Elle précise en second lieu qu'il s'agit « *des légataires universels ou à titre universel du patient décédé, désignés par testament. En effet, l'existence d'héritiers légaux ne fait pas, par elle-même, obstacle à la désignation d'héritiers testamentaires, de même que l'institution de ces derniers n'exclut pas par principe les héritiers légaux de la succession* ». LA CADA indique ainsi que « *dès lors que les articles 913 et 913-1 du Code civil confèrent à l'enfant du défunt ou, s'il est décédé avant celui-ci, à ses propres descendants, la qualité d'ayant droit du patient décédé pour l'application de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, quelles que soient les dispositions successorales prises par ailleurs par le défunt. Pour les successions ouvertes conformément à l'état actuel des règles du Code civil, c'est le conjoint survivant non divorcé qui, à défaut de descendants du défunt, bénéficie de la qualité d'héritier réservataire, en vertu de l'article 914-1 du Code civil. Par conséquent, le conjoint survivant non divorcé présente lui aussi toujours la qualité d'ayant droit, sauf s'il en a été privé par testament (...)* ».

S'agissant des bénéficiaires d'une assurance sur la vie ou d'une assurance-décès, la CADA considère que si ces personnes ne sont pas héritiers légaux ou testamentaires, universels ou à titre universel du patient décédé, elles ne présentent pas la qualité d'ayant droit au sens de l'article L. 1110-4 du Code de la santé et « *ne sont donc pas au nombre de celles en faveur desquelles le législateur a levé le secret médical* ».

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

[Décision n° 2012.0030/DC/SCES du 22 mars 2012](#) portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé (V2010) – En annexe à ce texte la procédure de certification des établissements de santé (V2010) adoptée.

[Arrêté du 26 avril 2012](#) fixant le modèle des documents de l'état des prévisions de recettes et de dépenses 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

[Décret n° 2012-700 du 7 mai 2012](#) modifiant le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé – Pour une période de cinq ans à compter de la publication de ce décret les établissements publics de santé peuvent être autorisés à déroger aux conditions prévues aux articles D. 6145-71 et D. 6145-72 du code de la santé publique par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsque la souscription d'un emprunt, par voie d'avenant ou d'un nouveau contrat, a pour effet de réduire le risque associé aux contrats d'emprunt ou aux contrats financiers souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur de cette procédure.

[Arrêté du 7 mai 2012](#) relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé – Cet arrêté vient préciser les modalités selon lesquelles les critères mentionnés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique sont calculés. Cet article du code de la santé publique prévoit que le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente certaines caractéristiques est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'Agence Régionale de la Santé.



Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011

Magali Colabdy (Inra), Véronique Lucas-Gaballé (Inra)

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération dans le territoire de santé, les acteurs de l'organisation de l'organisation des soins ont cherché à définir des objectifs quantitatifs de l'offre de soins et de l'organisation des soins. Il est apparu que ces objectifs ne pouvaient être atteints sans une action de santé à travers les territoires de santé.

À la fin des années 1990, le territoire de santé est devenu un concept clé de l'organisation des soins et des politiques de santé. Le territoire de santé est défini comme un espace géographique délimité par des frontières administratives, sociales et culturelles. Le territoire de santé est un espace géographique délimité par des frontières administratives, sociales et culturelles. Le territoire de santé est un espace géographique délimité par des frontières administratives, sociales et culturelles.

[Étude de l'IRDES Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011 \(avril 2012\)](#)

Cour de cassation, 15 mars 2012, n°10-28058 (EHPAD - intervention d'infirmiers libéraux - remboursement) - En l'espèce, une infirmière exerçant à titre libéral intervenait auprès de personnes âgées hébergées au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). A la suite de l'entrée en vigueur de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'association de gestion de cet EHPAD a conclu une convention tripartite avec l'Etat et le département du Bas-Rhin en application de laquelle elle a engagé des infirmiers salariés. Cet établissement a alors envoyé une lettre à tous ses résidents les informant que toute intervention d'un infirmier libéral ne leur serait plus remboursée par l'assurance maladie et resterait donc à leur charge. Mme X ayant perdu sa clientèle a assigné cet établissement en vue d'obtenir sa condamnation au paiement de dommages et intérêts en réparation du préjudice qu'elle estimait avoir subi. Le 15 octobre 2010, la Cour d'appel de Colmar a considéré comme *"tronquée et erronée"* la présentation des conséquences de la nouvelle organisation sur les droits à prestation des patients, a conclu que la décision de l'EHPAD *"avait conduit Mme X à la perte de la totalité de sa clientèle dans l'établissement"* et a condamné l'association de gestion de cet EHPAD à verser à Mme X la somme de 13 000 euros de dommages et intérêts. La Cour de cassation casse cet arrêt en considérant que la Cour d'appel a fait une mauvaise interprétation des textes *"le versement à l'établissement du forfait de soins excluant que les caisses primaires d'assurance maladie puissent prendre en charge en sus de ce forfait les soins prodigués par les praticiens libéraux intervenant à la demande des personnes hébergées"*.

PERSONNEL

Déontologie médicale :

Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale - Ce décret vient modifier le code de déontologie médicale afin de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires, notamment celles apportées par la loi HPST du 21 juillet 2009 en matière de développement professionnel continu. Il précise le périmètre et le contenu de certaines obligations et *« assouplit les règles en matière de remplacement, de médecine foraine et de gestion de cabinet médical »*. Il prévoit que les *« notes personnelles du médecin »*, tenues indépendamment de son dossier médical, *« ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers »*. Il précise le champ des honoraires médicaux, en incluant les actes de télémedecine.

Logement de fonction :

[Conseil d'Etat, 7 mai 2012, n°342240](#) (logement de fonction - affectation - service public hospitalier) - Le Conseil d'Etat vient en l'espèce préciser dans quelles conditions un logement de fonction concédé par un hôpital peut être considéré comme affecté au service public hospitalier, et ainsi bénéficier d'une exonération de la taxe foncière :

L'Assistance publique - hôpitaux de Marseille avait saisi le Conseil d'Etat après que le Tribunal administratif de Marseille l'ait condamnée le 31 mai 2010 à verser des cotisations de taxe foncière pour les années 2006 et 2007, pour plusieurs biens immobiliers dont elle était propriétaire, considérant que les logements en question, situés à une distance d'environ 3,5 à 4,8 kilomètres du site hospitalier le plus proche, ne pouvaient être regardés comme concédés par nécessité absolue de service et donc affectés au service public hospitalier.

Le Conseil d'Etat annule ce jugement et renvoie les parties devant le même Tribunal administratif, considérant que *"lorsque des logements ont été concédés à des agents publics par nécessité absolue de service dans les cas prévus par la loi et par les textes pris pour son application, de tels logements sont réputés satisfaire à la condition tenant à l'affectation au service public ou à la mission d'intérêt général ; qu'en l'absence de réglementation applicable prévoyant une telle procédure d'affectation par nécessité absolue de service, la condition d'affectation au service public est satisfaite lorsque les logements ont été octroyés à des agents en raison de la nécessité impérieuse, eu égard au service qu'ils accomplissent, de les loger soit sur place, soit à une distance des locaux de service qui permette le plein exercice des fonctions à raison desquelles, dans l'intérêt du service public, un tel logement leur a été concédé"*. *"Il ressort des pièces des dossiers soumis aux juges du fond que le tribunal administratif de Marseille a souverainement relevé que l'Assistance publique - hôpitaux de Marseille avait attribué à titre gratuit, à certains de ses directeurs des logements de fonction situés à " une distance d'environ 3,5 à 4, 8 kilomètres " du site hospitalier le plus proche ; qu'en jugeant que ces logements ne pouvaient être regardés comme concédés par nécessité absolue de service et en conséquence affectés au service public hospitalier, en raison de la distance les séparant des établissements où leurs occupants étaient conduits à exercer leurs fonctions alors que, dans cette hypothèse de nécessité impérieuse et de distance permettant le plein exercice des fonctions, les logements devaient être réputés affectés au service public, le tribunal a commis une erreur de droit"*.

Emplois de direction :

[Décret n° 2012-601 du 30 avril 2012](#) relatif aux modalités de nominations équilibrées dans l'encadrement supérieur de la fonction publique - Ce décret fait suite à l'obligation de nominations équilibrées d'hommes et de femmes dans les emplois supérieurs de l'Etat, des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière. Il fixe la liste des emplois concernés, définit les types d'emploi retenus et fixe le montant de la contribution à verser en cas de non-respect de cette obligation.

[Décret n° 2012-735 du 9 mai 2012](#) relatif aux indices de traitement sur la base desquels est effectuée la retenue pour pension des fonctionnaires occupant certains emplois de direction d'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 - Ce texte définit les indices de traitement sur la base desquels sont effectuées les retenues pour pension pour les fonctionnaires nommés sur les emplois de directeur général de centre hospitalier universitaire ou régional et sur les emplois de direction.

[Décret n° 2012-737 du 9 mai 2012](#) modifiant le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux - Ce décret modifie le statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour prendre en compte : la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, en particulier les mesures relatives à la comparabilité des corps ; la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, et plus particulièrement son article 130 relatif à la position de recherche d'affectation des corps de direction de la fonction publique hospitalière ; certaines modifications sont apportées au statut particulier du corps des directeurs d'hôpital.

[Décret n° 2012-738 du 9 mai 2012](#) relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article - [Arrêté du 9 mai 2012](#) pris pour l'application de l'article 1er du décret n° 2012-738 du 9 mai 2012 relatif aux conditions de nomination et d'avancement de certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article

Création d'un statut d'emploi fonctionnel pour certains emplois de direction d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Le décret définit les modalités de nomination, de détachement et d'avancement dans le statut d'emploi, qui comporte cinq échelons.

L'arrêté, pour sa part, précise l'accès à ce statut ouvert aux fonctionnaires des trois fonctions publiques, dans la limite de 10 % du nombre des emplois fonctionnels, à des personnes n'ayant pas la qualité de fonctionnaire.

[Décret n° 2012-747 du 9 mai 2012](#) relatif au classement indiciaire applicable à certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article - Ce décret prévoit le classement indiciaire des emplois fonctionnels de direction des établissements sociaux et médico-sociaux relevant du décret n° 2012-738 du 9 mai 2012. Ce classement débute à l'indice brut 901 et culmine en hors-échelle B.

[Décret n° 2012-749 du 9 mai 2012](#) relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Instauration de la prime de fonctions et de résultats pour les corps de direction de la fonction publique hospitalière dont une part tient compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions spéciales liées aux fonctions exercées, et une autre part, des résultats et de la manière de servir.

Le versement de cette prime est exclusif de toutes autres primes ou indemnités liées aux fonctions, à la manière de servir et à la performance individuelle.

[Arrêté du 9 mai 2012](#) fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière – [Cet arrêté fixe les montants annuels de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois des personnels de direction.](#)

[Arrêté du 9 mai 2012](#) fixant la liste des indemnités relevant des exceptions prévues à l'article 7 du décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière - [Par exception, cet arrêté interministériel ouvre la possibilité de certains cumuls, pour tenir compte des spécificités de l'exercice de certaines fonctions.](#)

[Arrêté du 9 mai 2012](#) relatif à l'échelonnement indiciaire applicable à certains emplois fonctionnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (2° à 6°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi que de certains établissements mentionnés au 1° de cet article – [L'échelonnement indiciaire est fixé de la manière suivante : 5e échelon : groupe hors échelle B ; 4e échelon : groupe hors échelle A ; 3e échelon : indice brut 1015 ; 2e échelon : indice brut 966 ; 1er échelon : indice brut 901.](#)

[Arrêté du 9 mai 2012](#) pris pour l'application de l'article 24 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière

Personnel médical, paramédical et pharmaceutique :

[Décret n° 2012-637 du 3 mai 2012](#) relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante – [Création d'un droit d'exercice complémentaire des médecins dans certaines spécialités dites « non qualifiantes » ou « du groupe I » c'est-à-dire celles qui n'ouvrent pas droit à la qualification de spécialiste correspondant à l'intitulé du diplôme \(cancérologie, nutrition, addictologie...\).](#)

[Décret n° 2012-696 du 7 mai 2012](#) relatif à l'institution d'une procédure de conciliation préalable à la saisine des chambres de discipline de première instance de l'ordre national des pharmaciens et à la procédure disciplinaire applicable à cet ordre – [Ce décret supprime la phase administrative préalable à la traduction d'un pharmacien devant la chambre de discipline compétente, qui est remplacée par une procédure de conciliation préalable à la saisine d'une chambre de discipline.](#)

[Arrêté du 26 avril 2012](#) modifiant l'arrêté du 31 octobre 2008 réglementant les diplômes d'études spécialisées de pharmacie

[Arrêté du 27 avril 2012](#) relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien – Ce texte précise qu'une convention devra être signée entre le directeur de l'institut de formation et le président de l'université concernée. Il précise les modalités, et notamment les unités d'enseignement, retenues pour sélectionner les étudiants.

[Décret n° 2012-659 du 4 mai 2012](#) portant application de la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne

[Arrêté du 2 mai 2012](#) modifiant l'arrêté du 5 mars 2007 modifié fixant les modalités d'organisation des épreuves de vérification des connaissances prévues aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique et fixant les modalités de l'épreuve de vérification des connaissances prévue en application de la loi n° 2012-157 du 1er février 2012 relative à l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien et sage-femme pour les professionnels titulaires d'un diplôme obtenu dans un Etat non membre de l'Union européenne

[Arrêté du 27 avril 2012](#) relatif aux infirmiers à diplôme étranger accueillis dans le cadre de la formation complémentaire prévue à l'article R. 6134-2 du code de la santé publique

[Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012](#) modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute - Dorénavant le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) a la compétence d'inscrire les professionnels au registre national des psychothérapeutes. Le texte modifie les conditions dans lesquelles les psychologues peuvent prétendre à l'usage du titre de psychothérapeute en assouplissant les conditions de formation pour les psychologues déjà en exercice.

Attachés d'administration hospitalière :

[Décret n° 2012-750 du 9 mai 2012](#) fixant le régime indemnitaire, à l'Ecole des hautes études en santé publique, des élèves attachés d'administration hospitalière – Ce décret permet d'attribuer aux élèves attachés une indemnité de formation versée pendant la durée des enseignements théoriques organisés à l'Ecole des hautes études en santé publique une indemnité de stage versée pendant la durée des stages et des sessions de formation qu'ils sont appelés à suivre hors de leur résidence administrative et de leur résidence familiale et une indemnité forfaitaire versée aux agents issus du concours interne et du troisième concours pendant la totalité des douze mois de formation.

[Arrêté du 9 mai 2012](#) relatif aux indemnités allouées à l'Ecole des hautes études en santé publique aux élèves attachés d'administration hospitalière

Assistants médico-administratifs

[Décret n° 2012-629 du 2 mai 2012](#) modifiant le décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière - Ce décret vient modifier les dispositions du décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 afin de tenir compte des modifications du décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 qui a créé le nouveau corps de catégorie B des assistants médico-administratifs, dans lequel ont été intégrés les membres du corps des secrétaires médicaux.

[Arrêté du 2 mai 2012](#) modifiant l'arrêté du 7 mars 2007 fixant les taux des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière - Ce texte modifie les dispositions de l'arrêté du 7 mars 2007 afin de tenir compte des modifications du décret n° 2011-660 du 14 juin 2011 qui a créé le nouveau corps de catégorie B des assistants médico-administratifs, dans lequel ont été intégrés les membres du corps des secrétaires médicaux.

Contractuels :

[Décret n° 2012-748 du 9 mai 2012](#) pris pour l'application de l'article 8 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière - Ce texte définit le contenu du contrat de droit public applicable, conformément aux dispositions de l'article 8 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012, aux personnes recrutées dans les emplois de directeur général de centre hospitalier universitaire ou régional.

Droit syndical :

[Décret n° 2012-736 du 9 mai 2012](#) modifiant 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 - Ce décret prévoit la communication de bilans annuels sur les moyens syndicaux au comité technique d'établissement (CTE).

Il offre aux syndicats une plus grande souplesse dans l'utilisation des facilités en temps qui leur sont accordées, notamment par la création du crédit de temps syndical qui remplace les autorisations spéciales d'absence et les décharges d'activité de service, les organisations syndicales ayant la possibilité de l'utiliser, à leur choix, sous forme de crédits d'heures ou de décharges d'activité de service.

Il redéfinit les critères de représentativité qui conditionnent l'octroi de droits et moyens syndicaux, ceux-ci étant désormais fondés sur les résultats des élections au comité technique d'établissement. Il fixe le cadre général permettant de définir, dans chaque établissement, les conditions d'utilisation par les organisations syndicales, au sein de l'établissement, des technologies de l'information et de la communication.

[Décret n° 2012-739 du 9 mai 2012](#) relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et à l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière - Ce décret réforme le Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH). Il comporte cinq chapitres relatifs respectivement à la composition, à l'organisation et au fonctionnement du CSFPH, à la composition et au fonctionnement de la commission des recours, aux missions, à la composition et au fonctionnement de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière, et enfin aux dispositions transitoires et finales.

Le CSFPH est désormais composé à partir des résultats des élections professionnelles pour la désignation des représentants du personnel aux comités techniques d'établissement et aux comités consultatifs nationaux des personnels de direction et directeurs de soins. La composition du conseil n'est plus paritaire et trois catégories de membres ont voix délibérative : les représentants des organisations syndicales, les représentants des employeurs publics territoriaux et les représentants des employeurs publics hospitaliers. Le directeur général de l'offre de soins et le directeur général de la cohésion sociale sont membres de droit sans voix délibérative. La représentation de l'administration est adaptée en fonction de l'ordre du jour. Les compétences de l'instance ne sont pas profondément modifiées mais sont circonscrites aux thèmes et textes concernant la fonction publique hospitalière en tenant compte des compétences du Conseil commun de la fonction publique.

Santé au travail :

[Arrêté du 17 avril 2012](#) précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident

[Arrêté du 2 mai 2012](#) abrogeant diverses dispositions relatives à la surveillance médicale renforcée des travailleurs

[Arrêté du 2 mai 2012](#) relatif à la composition des dossiers de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément des services de santé au travail

[Décret n° 2012-746 du 9 mai 2012](#) fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle contraignantes pour certains agents chimiques

[Arrêté du 9 mai 2012](#) fixant des valeurs limites d'exposition professionnelle indicatives pour certains agents chimiques

Personnel du secteur funéraire :

Décret n° 2012-608 du 30 avril 2012 relatif aux diplômes dans le secteur funéraire - A compter du 1er janvier 2013, toute personne exerçant la profession de maître de cérémonie, de conseiller funéraire ou dirigeant/gestionnaire d'une entreprise, d'une régie ou d'une association de pompes funèbres devra être titulaire d'un diplôme spécifique. Le décret définit les conditions d'obtention de ce diplôme, par la voie d'un examen ou par équivalence.

Arrêté du 30 avril 2012 portant application du décret n° 2012-608 du 30 avril 2012 relatif aux diplômes dans le secteur funéraire – Cet arrêté détermine le volume horaire des enseignements théoriques et la nature des épreuves constituant l'examen théorique relatif aux diplômes dans le secteur funéraire.

Harcèlement sexuel :

Conseil Constitutionnel, 4 mai 2012, décision n°2012-240 QPC (délit de harcèlement sexuel - définition) - Le Conseil constitutionnel a été saisi le 29 février 2012 par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par Monsieur D, relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit de l'article 222-33 du code pénal. Cet article 222-33 du code pénal, après avoir été à plusieurs reprises modifié, définissait le délit de harcèlement sexuel de la manière suivante : « *le fait de harceler autrui dans le but d'obtenir des faveurs de nature sexuelle est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* ». Le requérant soutenait que cette disposition ne définissait pas précisément les éléments constitutifs de ce délit et méconnaissait par conséquent le principe de légalité des délits et des peines ainsi que les principes de clarté et de précision de la loi, de prévisibilité juridique et de sécurité juridique. Le Conseil constitutionnel, considérant notamment que « *le législateur tient de l'article 34 de la Constitution, ainsi que du principe de légalité des délits et des peines qui résulte de l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, l'obligation de fixer lui-même le champ d'application de la loi pénale et de définir les crimes et délits en termes suffisamment clairs et précis* », déclare contraire à la Constitution l'article 222-33 du code pénal, ces dispositions méconnaissant le principe de légalité des délits et des peines. L'abrogation dudit article a pris effet à compter de la publication de la présente décision. Cette abrogation est applicable à toutes les affaires non jugées définitivement à cette date.

Licenciement / Salariés protégés:

Décision n° 2012-242 QPC du 14 mai 2012 – Le Conseil constitutionnel a été saisi par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) posée par l'association « Temps de vie », relative aux articles L. 2411-1 L. 2411-3 et L. 2411-18 du code du travail. L'article L. 2411-1 du code du travail fixe une liste de « salariés protégés » dont le licenciement n'est possible qu'après autorisation de l'inspecteur du travail. Cette liste de 19 mandats ou catégories de mandat qu'un salarié peut être appelé à exercer n'était contestée que dans son 13° qui vise le mandat de « Membre du conseil ou administrateur d'une caisse de sécurité sociale mentionné à l'article L. 231-11 du code de la sécurité sociale ».

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Décret n° 2012-745 du 9 mai 2012](#) relatif à la déclaration publique d'intérêts et à la transparence en matière de santé publique et de sécurité sanitaire – La loi du 29 décembre 2011, relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, pose le principe de la prévention des conflits d'intérêts. Il est ainsi demandé à certains personnels de remplir une déclaration publique d'intérêts. Sont notamment concernés les membres des cabinets des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les agents des administrations centrales de la santé et de la sécurité sociale, des agences régionales de santé, de l'Oniam (...) Chaque personne concernée devra établir, à compter du 1^{er} juillet 2012, une déclaration d'intérêts faisant apparaître les liens directs (ou par personne interposée) qu'elle a ou a eu durant les 5 années précédant sa prise de fonctions avec des personnes morales dont l'activité entre dans le champ des missions de santé publique ou de sécurité sanitaire de l'organisme auprès duquel elle travaille ou de l'instance dont elle est membre ou invitée.

[Décret n° 2012-639 du 4 mai 2012](#) relatif aux risques d'exposition à l'amiante – Ce décret précise, les modalités selon lesquelles la protection des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante est assurée par les employeurs, notamment en ce qui concerne la détermination de la valeur limite d'exposition professionnelle, les conditions du contrôle du respect de cette valeur limite ainsi que les modalités de mesurage des empoussièrtements. Le décret fixe les règles techniques, les moyens de prévention collective et les types d'équipements individuels nécessaires à la protection des travailleurs contre ces expositions. Il prévoit, par ailleurs, un dispositif unique de certification des entreprises « d'encapsulage » (terme défini par le décret) ou de retrait de matériaux contenant de l'amiante.

[Arrêté du 23 avril 2012](#) portant modification de l'arrêté du 5 avril 2005 fixant la liste des centres de vaccination habilités à effectuer la vaccination anti-amarielle et à délivrer les certificats internationaux de vaccination contre la fièvre jaune

[Arrêté du 23 avril 2012](#) relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale – Cet arrêté organise le dépistage de la surdité permanente néonatale au moyen d'un examen de repérage des troubles de l'audition, proposé systématiquement, avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ; des examens réalisés avant la fin du 3^{ème} mois de l'enfant lorsque l'examen de repérage n'a pas pu avoir lieu ou n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant ; d'une information des détenteurs de l'autorité parentale, le cas échéant, sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue des signes française.

[Arrêté du 27 avril 2012](#) modifiant l'arrêté du 6 avril 2012 relatif aux conditions de réalisation des prélèvements sanguins effectués par les techniciens de laboratoire médical

[Arrêté du 7 mai 2012](#) relatif à la taxe perçue pour toute demande d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques

[Décret n° 2012-741 du 9 mai 2012](#) portant dispositions relatives à la publicité pour les médicaments à usage humain

[Décret n° 2012-743 du 9 mai 2012](#) relatif à la publicité pour les dispositifs médicaux

[Décret n° 2012-744 du 9 mai 2012](#) relatif à la publicité pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro

La loi de décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a instauré un mécanisme de contrôle a priori pour les publicités à destination des professionnels de santé, à l'instar du contrôle en vigueur pour la publicité à destination du public.

Le décret n°2012-743 précise les modalités d'application de cette mesure en prévoyant, notamment, un régime d'autorisation tacite des demandes de visa. Il procède également à une actualisation de la partie réglementaire du code de la santé publique relative à la publicité des médicaments.

Le décret n°2012-743 définit quant à lui les modalités d'application du nouveau régime d'autorisation de la publicité pour les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro dont la défaillance est susceptible de causer un risque grave pour la santé : modalités de dépôt de la demande d'autorisation, modalités d'instruction de cette demande par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et les modalités de délivrance de l'autorisation. Le non-respect de ces règles est sanctionné.

[Arrêté du 30 avril 2012](#) fixant la liste des micro-organismes et toxines prévue à l'article L. 5139-1 du code de la santé publique

[Décret n° 2012-742 du 9 mai 2012](#) relatif aux recommandations temporaires d'utilisation des spécialités pharmaceutiques – Ce décret précise les conditions d'élaboration des recommandations temporaires d'utilisation des spécialités pharmaceutiques par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et définit leur régime.

ORGANISATION DES SOINS



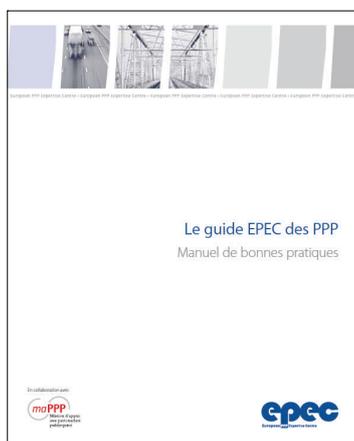
Rapport 2011 de l'Observatoire sociétal des cancers (Plan cancer 2009-2013) - Dans le cadre d'une mesure du Plan cancer 2009-2013, l'Observatoire sociétal des cancers, créé sous la direction la ligue nationale contre le cancer, a rendu public son premier rapport le 23 mars 2012. Il a pour objectifs de rendre compte du vécu des malades au regard des représentations autour du cancer, d'améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie et de combattre toute forme d'exclusion et de fournir toutes les observations nécessaires concernant les aspects sociaux et sociétaux de la maladie cancéreuse, en s'appuyant notamment sur tous les relais départementaux de la Ligue. Dans ce premier rapport, il met en avant les difficultés de la vie quotidienne et professionnelle rencontrées par les personnes atteintes de cancer (la perte de ressources, les séquelles physiques et psychologiques qui limitent les sorties et les déplacements, les conditions de la reprise du travail,...).

Avis n° 116 relatif aux « Enjeux éthiques de la neuroimagerie fonctionnelle » en date du 22 mars 2012 du Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE – Neuroimagerie fonctionnelle) - Par cet avis en date du 22 mars 2012, le Comité national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) relève les enjeux éthiques relatifs aux « avancées technologiques dans les méthodes d'exploration du cerveau, en particulier celles qui permettent d'étudier le fonctionnement cérébral, dont l'archétype est actuellement l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ».



Rapport d'activité 2011 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (17 avril 2012) - Le Conseil de la CNSA, dans le rapport d'activité annuel de la CNSA, formule vingt-et-une préconisations pour développer et amplifier des politiques publiques d'aide aux aidants.

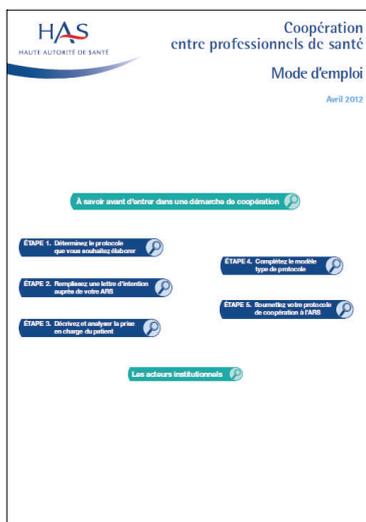
COOPÉRATIONS



[Guide de l'European PPP expertise centre \(EPEC\) partenariats public- privé – Manuel de bonnes pratiques \(avril 2012\)](#) - Ce guide à destination principalement des fonctionnaires des autorités adjudicatrices des États membres de l'UE chargés de la mise en place de projets de partenariats public-privé (PPP), est un recueil de bonnes pratiques. Il vise à faciliter la compréhension des principales questions et procédures liées à la conclusion de PPP.



[Guide ANAP, Les coopérations dans le secteur médico-social – Avril 2012](#) - Ce guide présente des éléments de contexte propres au secteur médico-social ainsi que des démarches et outils méthodologiques destinés : aux Agences régionales de santé, Délégations territoriales et Conseils généraux pour la partie « Comprendre, l'animation du territoire », aux présidents et administrateurs, aux directeurs généraux et décideurs des structures gestionnaires pour la partie « Décider, la volonté de s'engager dans une logique de coopération », aux porteurs de projet de coopération pour la partie « Mettre en œuvre, la déclinaison opérationnelle ».



[Guide HAS, Protocole de coopération entre professionnels de santé : Mode d'emploi, avril 2012](#) – Ce guide est à destination des professionnels de santé souhaitant participer à un protocole de coopération prévu par l'article 51 de la loi HPST. De nouveaux supports pour les professionnels ont été élaborés. Il s'agit d'assouplir et de simplifier la démarche pour les professionnels de santé en proposant un nouveau modèle type qui comprend une fiche projet et un tableau descriptif du processus de prise en charge pour aider les professionnels à identifier les principaux risques et moyens d'y faire face.

SÉCURITÉ TECHNIQUE

[Décret n° 2012-674 du 7 mai 2012](#) relatif à l'entretien et au contrôle technique des ascenseurs – Ce décret renforce la sécurité des ascenseurs en adoptant des dispositions permettant de fluidifier les règles concurrentielles du marché de l'entretien des ascenseurs et d'améliorer la qualité de cet entretien ainsi que celle des contrôles techniques. Une clause de résiliation est introduite dans les contrats d'entretien, facilitant le changement de prestataire à l'occasion de travaux importants. De plus, la possibilité est donnée aux personnes effectuant les contrôles techniques de solliciter la présence du technicien de l'entreprise d'entretien, afin qu'il puisse répondre à toute question concernant la technologie mise en œuvre et le fonctionnement des appareils.

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

