

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

Du 25 juillet au 18 septembre 2015

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

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

Publications DAJ-AP-HP	<a href="#">page 2</a>
Organisation hospitalière	<a href="#">page 3</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 5</a>
Personnel	<a href="#">page 6</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 9</a>
Coopération à l'hôpital et associations	<a href="#">page 11</a>
Commande publique	<a href="#">page 11</a>
Domaine public et privé	<a href="#">page 13</a>
Frais de séjour	<a href="#">page 13</a>
Publications	<a href="#">page 14</a>

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

**Hylde DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina GARCIA**

**Camille LEBRIS**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN - MARIS**

**Audrey VOLPE**

## PUBLICATIONS DAJ - AP-HP

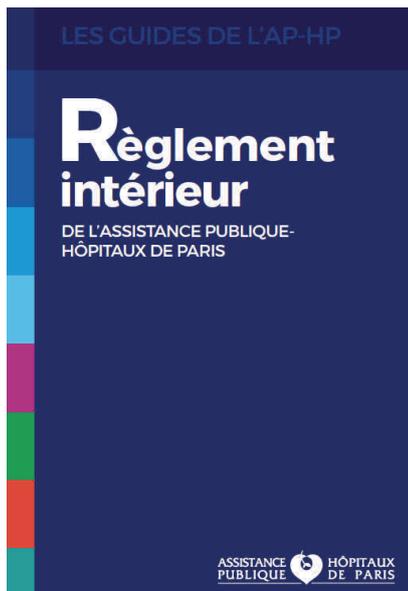
ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

Direction des affaires juridiques

### MEMENTO DE L'ADMINISTRATEUR DE GARDE

SEPTEMBRE 2015

Mémento de l'administrateur de garde (MAG) - Septembre 2015 – Le Mémento de l'administrateur de garde vient d'être mis à jour. Il s'adresse à tous les cadres amenés à assurer la garde administrative au sein des hôpitaux de l'AP-HP. Il comprend une série de fiches exposant le cadre juridique de différentes situations auxquelles peut être confronté un administrateur de garde et les lignes de conduite qui en découlent.



Règlement intérieur type de l'AP-HP 2015 - Le règlement intérieur type des groupes hospitaliers et des hôpitaux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris s'adresse aussi bien aux patients, à leurs familles qu'aux personnels. Il précise les droits et devoirs de chacun pour le bon fonctionnement de l'hôpital. Cette dernière version est celle arrêtée par le directeur général, après concertation avec le directoire, le 5 janvier 2015.

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Loi « Macron » - Filiales – CHSCT

[Loi n°2015-990 du 6 août 2015](#) pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques -

Cette loi comporte 4 titres : « Libérer l'activité » « Investir » « Travailler » « Dispositions finales ».

En ce qui concerne particulièrement les établissements publics de santé il est à retenir les dispositions de l'article 177 qui prévoit que désormais les centres hospitaliers universitaires peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat. Par ailleurs l'article 270 vient modifier les dispositions de l'article L. 4614-8 du Code du travail en ce que les consultations rendues obligatoires par une disposition législative ou réglementaire ou par un accord collectif de travail sont inscrites de plein droit à l'ordre du jour par le président ou le secrétaire.

### Organisation territoriale – Régions – Regroupements communaux – Egalité des territoires

[Loi n° 2015-991 du 7 août 2015](#) portant nouvelle organisation territoriale de la République (loi NOTRe) – Cette loi comporte plusieurs dispositions relatives à la santé. **L'article 85** vient modifier l'article L. 2321-5 du Code général des collectivités territoriales en prévoyant désormais que « *les communes dont les habitants représentent, au titre d'une année, plus de 1 % des parturientes ou plus de 1 % des personnes décédées dans un établissement public de santé comportant une maternité et situé sur le territoire d'une autre commune comptant moins de 10 000 habitants contribuent financièrement aux dépenses exposées par cette autre commune pour la tenue de l'état civil et l'exercice des actes de police des funérailles si le rapport entre le nombre des naissances constatées dans cet établissement et la population de la commune d'implantation dépasse 30 %.* ». **L'article 95** modifie quant à lui l'article L. 2215-8 du même code en précisant que « *Les laboratoires publics d'analyses gérés par des collectivités territoriales constituent un élément essentiel de la politique publique de sécurité sanitaire ; ces laboratoires font partie intégrante du dispositif de prévention des risques et de gestion des crises sanitaires. Ils interviennent dans les domaines de la santé publique vétérinaire, de la santé végétale et dans la surveillance de la qualité de l'alimentation, des eaux potables et de l'environnement.* ». **L'article 108** impose la transmission par voie dématérialisée aux comptables publics des pièces nécessaires à l'exécution des dépenses et des recettes. Seront notamment concernés par l'obligation de transmission numérique de l'ensemble de ces pièces au comptable public, les centres hospitaliers, y compris régionaux, dont le total des recettes de la section de fonctionnement figurant à leur compte administratif de l'exercice 2014 est supérieur à 20 millions d'euros. Quant à **l'article 111** relatif aux emprunts toxiques pour les collectivités, il relève le plafond des aides attribuées par le fonds de soutien aux collectivités ayant souscrit des emprunts structurés risqués. Le plafond passe ainsi de 45% du montant des indemnités de remboursement anticipé (IRA) dues à 75%.

## Etablissements publics de santé - Sécurisation prêts structurés – Accompagnement

[Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015](#) relative à la révision du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés (actualisation de l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014) - Cette instruction a pour objet d'une part, d'actualiser les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs contrats de prêts structurés prévu par l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014, et d'autre part, de définir les modalités d'extension de ce dispositif à de nouveaux établissements. L'instruction détaille les conditions d'éligibilité au dispositif pour les nouveaux établissements ainsi que la procédure d'instruction des demandes d'aide qui leur est appliquée.

## Campagne tarifaire – Psychiatrie – Soins de suite et de réadaptation (SSR) – Rejet

[Conseil d'Etat, 27 juillet 2015, n° 381887](#) – La Fédération de l'hospitalisation privée demandait au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté du ministre des finances et des comptes publics et du ministre des affaires sociales et de la santé du 23 avril 2014, fixant pour 2014 les éléments de la campagne tarifaire des établissements privés de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le Conseil d'Etat estime qu'il « *ne peut être utilement soutenu que l'arrêté attaqué, sur le fondement du principe d'égalité, en ce qu'il traiterait une partie des établissements de santé privés différemment des autres entreprises du secteur privé ou des autres entreprises privées de santé* ». Il décide que « *les dispositions de l'arrêté attaqué, applicables à l'ensemble des établissements privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, n'établissent par elles-mêmes aucune différence de traitement entre établissements à but lucratif et établissements à but non lucratif* ».



## Rapport d'activité – Direction générale de l'offre de soins – 2014

[Rapport d'activité de la DGOS – 2014](#) - Dans son rapport d'activité, la DGOS fait un bilan des grands chantiers menés en 2014, année marquée par la préparation du projet de loi de Santé et sur les enjeux que connaît l'offre de soins : des droits renforcés et plus lisibles pour les usagers tout au long des parcours de santé ; une recherche d'une continuité entre les soins de ville, hospitaliers et médico-sociaux (ex : le « virage ambulatoire » par la chirurgie ambulatoire, télémédecine...) ; des professions de santé reconnues et valorisées (la reconnaissance d'un statut médical pour les sages-femmes, formation et conditions de travail des internes...) ; une évolution des organisations et des pratiques pour une prise en charge de qualité (la professionnalisation de la fonction d'achat, le soutien à l'innovation...) ; une adaptation des financements hospitaliers (certification des comptes hospitaliers, assainissement de la situation financière des hôpitaux...).



### Chiffres clés – Offres soins – Etat des lieux – 2015

Direction générale de l'offre de soins (DGOS), « les chiffres clés de l'offre de soins », Edition 2015 - La DGOS dresse un état des lieux de l'offre de soins et de ses perspectives en France. Cette brochure, à destination des observateurs du système de santé français, de même qu'aux acteurs de l'offre de soins - de ville, comme hospitaliers, voire médico-sociaux, illustre « *la mise en œuvre des réformes en cours, notamment les grandes orientations de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement, les mesures de la future loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine et le "virage ambulatoire" qui en découle.* » Elle s'articule en quatre thématiques : les professionnels de santé ; les structures et leur activité ; le financement de l'offre des soins ; le soutien à des modes de prise en charge novateurs et à l'amélioration de la qualité.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Biologie – Modalités d'exercice – Commission nationale de biologie médicale

Décret n° 2015-1152 du 16 septembre 2015 relatif aux conditions et modalités d'exercice des biologistes médicaux et portant création de la Commission nationale de biologie médicale - Ce décret précise "*les conditions dans lesquelles un biologiste médical peut faire reconnaître son exercice dans un domaine de spécialisation. Il précise également les conditions dans lesquelles peuvent exercer la fonction de biologiste médical les directeurs ou directeurs adjoints des centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles et les biologistes médicaux des centres hospitaliers universitaires. Enfin, il crée la Commission nationale de biologie médicale, qui est chargée de donner des avis sur des autorisations d'exercice des fonctions de biologiste médical à titre dérogatoire et sur des questions générales de biologie médicale*".

## PERSONNEL

**Personnels - Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) – Instance de coordination des CHSCT – Services de santé au travail - Conseil d'orientation des conditions de travail – Maladie professionnelle – Maladie psychique - Déclaration des expositions - Compte personnel de prévention de la pénibilité**

Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi – Cette loi évoque d'abord le sujet des CHSCT et de l'**instance de coordination des CHSCT**. Lorsqu'elle existe, elle « *est seule consultée sur les mesures d'adaptation du projet communes à plusieurs établissements. Les [CHSCT] concernés sont consultés sur les éventuelles mesures d'adaptation du projet spécifiques à leur établissement et qui relèvent de la compétence du chef de cet établissement* » (article 15 IV). En outre, « *lorsqu'il y a lieu de consulter à la fois l'instance de coordination et un ou plusieurs [CHSCT], l'avis rendu par chaque [CHSCT] est transmis à l'instance de coordination des [CHSCT] dans des délais fixés par décret en Conseil d'Etat* » (article 15 V). Concernant les consultations obligatoires du CHSCT, ce dernier et l'instance de coordination « *disposent d'un délai d'examen suffisant leur permettant d'exercer utilement leurs attributions, en fonction de la nature et de l'importance des questions qui leur sont soumises* » (article 16 IV). De plus, sauf dispositions législatives spéciales, un accord entre l'employeur et le CHSCT fixe les délais, qui ne peuvent être inférieurs à quinze jours, dans lesquels les avis sont rendus. A expiration de ces délais, le CHSCT est réputé avoir rendu un avis négatif. La loi précise que les modalités du fonctionnement du CHSCT et l'organisation de ses travaux sont fixées dans son règlement intérieur (article 16 VI). Par ailleurs, elle fixe les principes du recours à la visioconférence pour réunir l'instance, et renvoie à un décret concernant « *les conditions dans lesquelles le comité peut, dans ce cadre, procéder à un vote à bulletin secret* ». (article 17 I). La loi modifie ensuite certaines dispositions en matière de **services de santé au travail**. Concernant les actions et moyens des membres des équipes pluridisciplinaires de santé au travail, la loi affirme que « *les salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers pour leur santé ou leur sécurité, celles de leurs collègues ou de tiers et les salariés dont la situation personnelle le justifie bénéficient d'une surveillance médicale spécifique. Les modalités d'identification de ces salariés et les modalités de la surveillance médicale spécifique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat* » (article 26 VII). Un nouveau chapitre du code du travail précise désormais les missions du conseil d'orientation des conditions de travail placé auprès du ministre chargé du travail et des comités régionaux d'orientation des conditions de travail placés auprès de chaque représentant de l'Etat dans la région (article 26 VIII). La loi vient par ailleurs explicitement reconnaître que « *les pathologies psychiques peuvent être reconnues comme maladies d'origine professionnelle* » (article 27). Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1er juin 2016, un rapport sur l'intégration des affections psychiques dans le tableau des maladies professionnelles ou l'abaissement du seuil d'incapacité permanente partielle pour ces mêmes affections (article 33). De surcroît, concernant les **dispositions particulières à certains facteurs de risques professionnels et à la pénibilité**, la fiche de prévention des expositions établie par l'employeur est désormais nommée « *déclaration des expositions* », et doit être établie de façon dématérialisée (article 28 I). Concernant le compte personnel de prévention de la pénibilité, le texte réduit de trois à deux ans le délai de prescription de l'action du salarié en vue de l'attribution de points, et réduit de cinq à trois ans le délai de contrôle des caisses sur l'attribution de ces points (article 31).

**Astreintes – Internes – Centres hospitaliers régionaux universitaires**

Arrêté du 6 août 2015 relatif aux **astreintes des internes** - Cet arrêté prévoit que dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitalo-universitaires, il peut être organisé un service d'astreintes auquel participent les internes affectés dans l'établissement. Le service d'astreintes est organisé, en dehors du service normal de jour, de 18 h 30 à 8 h 30, le dimanche ou jour férié. Ce texte en précise l'organisation et les modalités d'indemnisation.

### **Etudiants en médecine – Stage – Gardes - Temps de présence hospitalière -Indemnité**

[Arrêté du 6 août 2015](#) modifiant l'arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine – Cet arrêté vient modifier le montant de l'indemnité, pour une garde de jour, de nuit, un dimanche ou jour férié des étudiants en médecine.

### **Ergothérapeutes – Fonction publique hospitalière - Statut**

[Décret n° 2015-1048 du 21 août 2015](#) portant dispositions statutaires relatives aux ergothérapeutes de la fonction publique hospitalière - Ce décret définit les modalités de recrutement, de nomination et de classement dans le nouveau statut du corps des ergothérapeutes classé dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière ainsi que les règles relatives à l'avancement, au détachement et à l'intégration directe. En outre, il prévoit les dispositions relatives à la constitution initiale de ce corps, par l'intégration dans le corps des personnels de rééducation de la catégorie B de la fonction publique hospitalière à l'exception de certains personnels qui, dans le cadre d'un droit d'option individuel, pourront cependant faire le choix de demeurer dans leur corps d'origine. Enfin, le corps d'ergothérapeute de la catégorie B est mis en voie d'extinction dès intégration dans le nouveau statut de la catégorie A.

### **Ergothérapeute - Fonction publique hospitalière - Échelonnement indiciaire**

[Arrêté du 21 août 2015](#) relatif à l'échelonnement indiciaire des ergothérapeutes de la fonction publique hospitalière

### **Ergothérapeute - Fonction publique hospitalière -Classement indiciaire**

[Décret n° 2015-1049 du 21 août 2015](#) relatif au classement indiciaire applicable aux ergothérapeutes de la fonction publique hospitalière - Ce décret prévoit les bornages indiciaires applicables aux ergothérapeutes de la catégorie A de la fonction publique hospitalière.

### **Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) – Sages-femmes - Classification commune des actes médicaux (CCAM)**

[Décision du 17 juin 2015](#) de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie – Cette décision ouvre la classification commune des actes médicaux (CCAM) aux actes effectués par les sages-femmes à partir du 1er janvier 2016. Sont concernés les actes techniques à compétence partagée avec les médecins, qui relèvent actuellement de la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP). Ainsi à compter du 1er janvier 2016, les sages-femmes hospitalières et libérales pourront coter en CCAM ces actes communs avec les médecins, à savoir les accouchements, les échographies et les actes de gynécologie.

### **Indemnisation chômage – Etablissements publics santé – Etablissement public de l'Etat**

[Instruction n° DGOS/RH3/2015/261 du 29 juillet 2015](#) relative à la sortie du régime d'assurance chômage des établissements publics de santé - Cette instruction apporte des précisions sur le changement de régime des établissements publics de santé en matière de gestion d'indemnisation du chômage. Les évolutions du statut des établissements publics de santé qui découlent de la loi HPST ont consacré une évolution qui en fait désormais des établissements publics de l'Etat. Ce changement de statut a eu pour effet de supprimer la possibilité d'adhérer au régime de l'UNEDIC.

### **Fonction publique hospitalière – Plan de développement des compétences – Année 2016 – Axes prioritaires – Actions nationales**

[Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015](#) relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des 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 – Cette circulaire a pour objet de communiquer aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les axes prioritaires ainsi que les actions nationales à mettre en oeuvre pour l'année 2016 dans le cadre de leur plan de développement des compétences. Elle doit orienter et faciliter la construction de ces plans dans chaque établissement. Sont ainsi proposées, pour 2016, onze nouvelles actions prioritaires, quatre actions de formation nationales (AFN) dont trois sont particulièrement destinées aux professionnels de santé, personnels paramédicaux et médicaux.

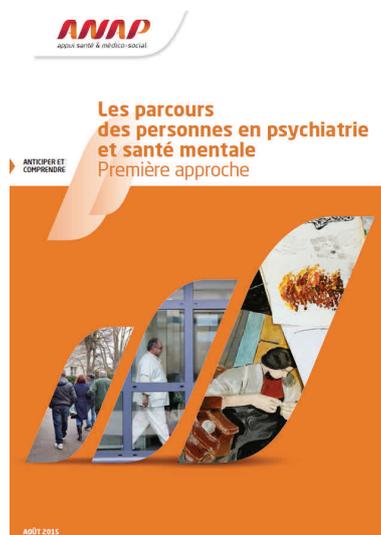
### **Annulation partielle – Arrêté interministériel – Temps travail – Praticiens hospitaliers**

[Conseil d'Etat, 27 juillet 2015, n° 374687](#) – En l'espèce, un recours pour excès de pouvoir contre l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité et de la permanence des soins dans les établissements de soins dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées a été introduit par la confédération des praticiens des hôpitaux (CPH) et le syndicat national des praticiens anesthésistes réanimateurs (SNPARE-E). La haute juridiction administrative a fait droit partiellement à la requête en jugeant que même si les ministres signataires de l'arrêté ont la compétence pour modifier les règles d'indemnisation des activités des praticiens hospitaliers et les règles d'organisation du service en découlant : « *seul un décret en Conseil d'État (...) pouvait prévoir des dispositions à caractère statutaire et, notamment, définir le temps de travail effectif et les repos auxquels ont droit les praticiens* ». De surcroît, elle estime que les auteurs de l'arrêté n'avaient pas la compétence pour « *imposer aux établissements publics de santé et aux établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (...) des règles relatives à l'organisation des activités médicales* ».

## ORGANISATION DES SOINS

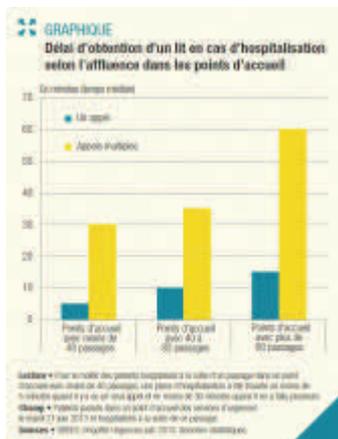
### Statistiques – Soins sous contrainte – Contrôle - Hausse

[Statistiques en matière de soins sous contrainte – Pôle d'évaluation de la justice civile du ministère de la Justice – Juillet 2015](#) - Les mesures de soins sous contrainte contrôlées connaissent une hausse de 9,4% en 2014 - Selon des statistiques du ministère de la Justice, le nombre de contrôles par l'autorité judiciaire des mesures de soins sous contrainte est en hausse de 9,4% entre 2013 et 2014. Une augmentation qui s'explique en partie par des évolutions législatives et un accroissement des saisines de patients. La proportion de mainlevées est en légère baisse.



### Santé mentale – Psychiatrie – Parcours de soins - Anap

[Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche - Anap - Août 2015](#) - L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a publié une "première approche" des parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, en s'appuyant sur les expérimentations de trois régions, l'Auvergne, la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais. Est présentée une synthèse des principaux enjeux pour l'organisation des prises en charge et des accompagnements des personnes en psychiatrie et santé mentale. Sont détaillés « huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale » : « 1. La régulation séparée des secteurs sanitaire et médico-social et social-: une entrave à la visibilité des parcours - 2. La non-demande, face cachée paradoxale des parcours en psychiatrie et santé mentale - 3. Le handicap psychique, une réalité encore méconnue dans les pratiques des professionnels sanitaires et médico-sociaux - 4. La logique de placement prévaut sur celle de l'accompagnement des personnes - 5. L'attention portée au calibrage de l'offre s'exerce au détriment de la prise en considération des flux - 6. Le clivage hôpital/médecine de ville fragilise le parcours de soins des patients - 7. Hospitalo-centrée, l'organisation des soins peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire 8. La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu. »



### Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) – Urgences hospitalières

Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins - Études et résultats n° 929 - août 2015 - « L'accueil et l'orientation aux urgences se réalisent dans la demi-heure qui suit l'arrivée pour neuf patients sur dix, et le début effectif des soins dans l'heure pour sept patients sur dix. Cette prise en charge médicale est d'autant plus rapide que l'état de la personne est jugé grave : patient amené par le service mobile d'urgence et de réanimation (87% dans l'heure), accueil en salle des urgences vitales, détresse respiratoire ou douleur thoracique (80% dans l'heure). (...)La disponibilité de lits influe aussi sur la durée de passage aux urgences. La recherche d'une place d'hospitalisation prend plus de 50 minutes dans la moitié des cas dès que plusieurs appels sont nécessaires pour l'obtenir. »

### Responsabilité de l'Etat – Carence – Indemnisation – Autisme

Tribunal administratif de Paris, 15 juillet 2015, n° 1416868, n°1416874, n°1416876, n°1416880, n°1416881, n° 1421688, n°1422391, n°1422407 – Huit recours ont été engagés par des parents demandant la condamnation de l'Etat à leur verser des indemnités en réparation des préjudices moraux et matériels subis par eux, ainsi que par leurs enfants atteints de troubles autistiques. En effet, faute de place dans les établissements publics français, les parents avaient été contraints de placer leurs enfants dans des centres spécialisés en Belgique, provoquant l'éloignement, ainsi que des coûts supplémentaires. Le tribunal juge que l'absence de prise en charge pluridisciplinaire des enfants autistes au sein d'un institut spécialisé en France révèle « une carence de l'État ». *Le tribunal a dès lors précisé les conditions pour engager la responsabilité de l'Etat et a indemnisé sept de ces familles des préjudices subis.* La secrétaire d'Etat aux personnes handicapées a annoncé que le Gouvernement n'interjetterait pas appel des jugements rendus par le Tribunal.

## COOPÉRATIONS À L'HÔPITAL ET ASSOCIATIONS

### Haut Conseil à la vie associative – Fonctionnement – Bureau – Secrétaire général

[Décret n° 2015-1034 du 19 août 2015](#) modifiant le décret n° 2011-773 du 28 juin 2011 relatif au Haut Conseil à la vie associative – Par application de l'article 63 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire, « *ce décret tire les conséquences de la consécration du Haut Conseil à la vie associative par la loi et prévoit des dispositions nouvelles en matière de fonctionnement. Ainsi, les missions du bureau du Haut Conseil à la vie associative sont précisées et complétées ; la désignation d'un secrétaire général chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'instance est officialisée. Des dispositions transitoires prorogent le mandat d'une partie des membres jusqu'au 15 septembre 2016* ».

## COMMANDE PUBLIQUE

### Marchés publics – Simplification – Clarification - Réforme

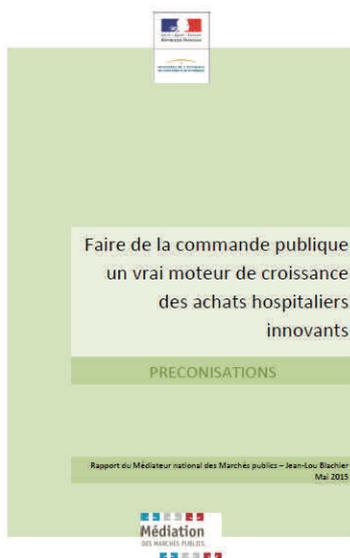
[Ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015](#) relative aux marchés publics - Prise sur le fondement de l'article 42 de la loi n° 2014-1545 en date du 20 décembre 2014 relative à la simplification de la vie des entreprises et portant diverses dispositions de simplification et de clarification du droit des procédures administratives, cette ordonnance, qui entrera en vigueur en janvier 2016, s'articule autour de trois axes à la fois politiques et juridiques :

- Transposer les directives européennes du 26 février 2014 ;
- Codifier les dispositions relatives à la commande publique ;
- Faciliter l'accès des PME à la commande publique, encourager l'achat responsable, et encadrer et unifier les anciens contrats de partenariat sous le modèle unique du « marché de partenariat ».

Cette première étape de simplification du droit de la commande publique continuera à l'automne avec l'engagement d'une consultation publique concernant ses décrets d'application.

## Commande publique – Publicité – Mise en concurrence - Seuil de dispense – 15 000 € hors taxes - Déclassement de texte législatif – Caractère réglementaire

Décision du Conseil Constitutionnel n° 2015-257 L du 13 août 2015 - Le Conseil Constitutionnel estime dans un premier temps que « *le seuil de 15 000 euros hors taxes en deçà duquel un pouvoir adjudicateur peut passer un marché ou un accord-cadre sans publicité ou mise en concurrence préalable [...]* ne met en cause aucune règle ou aucun principe que la Constitution place dans le domaine de la loi ». Il affirme ensuite que si « *la définition des procédures de passation des marchés et accords-cadres passés [...], celle des règles et modalités encadrant l'usage de ces procédures et la définition des critères en fonction desquels des seuils peuvent être retenus sont au nombre des principes [...]* qui relèvent du domaine de la loi », il « *appartient en revanche au pouvoir réglementaire de préciser les éléments quantitatifs tels que le montant des marchés et accords-cadres autorisant le recours à l'une ou l'autre de ces procédures de passation* ». Dès lors, « *les mots « 15 000 € hors taxes » figurant au premier alinéa de l'article 19-1 de la loi du 29 janvier 1993 ont le caractère réglementaire* ». A noter que cet article a été abrogé par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.



## Commande publique – Achats hospitaliers

Rapport du Médiateur national des Marchés publics « Faire de la commande publique un vrai moteur de croissance des achats hospitaliers innovants » - Le médiateur national des marchés publics Jean-Lou Blachier a présenté devant le Comité Stratégique de Filière et Technologie de Santé son rapport de la Médiation des Marchés publics. Ce rapport émane d'un travail collaboratif de chefs d'entreprise du secteur la santé, représentants de différents ministères mais aussi d'acheteurs publics hospitaliers avec pour objectif que le secteur clé de la santé participe à la relance dynamique de l'économie à la croissance de l'industrie française.

En ce sens, le rapport met en exergue quatre axes principaux, déclinés en quinze propositions pour faire de la commande publique un réel moteur de croissance des achats hospitaliers innovants tout en créant un environnement davantage favorable aux entreprises lors de la mise sur le marché et d'industrialisation : Améliorer l'information des entreprises innovantes en santé pour faciliter leur accès à la commande publique ; Conforter les instruments d'une politique publique de l'innovation en santé pour accompagner l'émergence et la croissance des entreprises ; Fluidifier le passage de l'expérimentation à l'industrialisation de nouvelles technologies médicales par la commande publique innovante pour préserver et renforcer notre tissu productif ; Professionnaliser les acheteurs publics.

## DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

### Ouvrage public - Absence défaut entretien - Faute victime

Tribunal administratif de Paris, 10 juillet 2015, n° 1429329 – À l'initiative d'un usager, une requête avait été engagée, tendant à faire condamner l'Assistance publique-hôpitaux de Paris en réparation des préjudices, tant matériels que corporels, nés d'un accident de scooter provoqué par la descente de la barrière automatique située à l'entrée d'un établissement hospitalier dépendant de l'AP-HP. Le Tribunal juge que la preuve de l'absence de défaut d'entretien de l'ouvrage public incombe à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris; toutefois, le requérant n'apparaît pas fondé à rechercher la responsabilité de l'établissement, « *alors qu'il a délibérément méconnu la signalisation présente à l'entrée du site et s'est engouffré derrière un véhicule d'urgence* », et que, conséquemment, ledit accident doit être regardé comme « *exclusivement imputable à l'imprudence commise par celui-ci* ».

## FRAIS DE SÉJOUR

### Etablissements de santé – Tarifs de soins – Soins programmés – Facturation – Devis préalable

Décret n° 2015-1042 du 20 août 2015 fixant les dispositions applicables pour la détermination des tarifs de soins et d'hébergement mentionnés à l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale - Ce décret détermine les conditions d'application de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité pour les établissements de santé, pour les soins programmés ne relevant pas d'une mission de service public, de déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française. Les établissements qui appliquent ces dispositions doivent fournir au patient un devis préalablement à la réalisation des soins hospitaliers et une facture lorsque ces soins ont été réalisés.

### Facturations – Transports secondaires – Transferts – Preuve de l'urgence

Cour administrative d'appel de Marseille, 16 juillet 2015, n° 15MA00226 – En l'espèce, un centre hospitalier universitaire fait appel du jugement de tribunal administratif, ayant donné raison à une polyclinique qui avait annulé cinquante et un devis de sommes à payer émis au titre de la facturation de prestations de transport correspondant à des transferts de patients vers d'autres établissements du secteur, réalisées par la structure mobile d'urgence et de réanimation du centre hospitalier sur demande de la polyclinique. La cour administrative d'appel de Marseille juge que "le transfert entre deux établissements de santé, assuré par le Smur, d'un patient nécessitant une prise en charge médicale durant le trajet mais n'ayant pas pour objet [...] des soins d'urgences ne saurait être éligible" à la dotation nationale de financement Migac (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). "Un tel transfert a, dès lors, vocation à être facturé sur la base des tarifs de prestations arrêtées par le directeur général de l'ARS » En outre, s'il « *appartient en principe à l'émetteur d'un ordre de recettes d'apporter les justifications de nature à établir le bien-fondé du titre émis* » ledit émetteur ne peut apporter des éléments relatifs aux conditions d'admission et à la nature des soins attendus dans les autres établissements et que par conséquent, seule la polyclinique « *qui est à l'origine de ces transferts, possède ces éléments, seuls de nature à démontrer que le transfert de ces patients avait, au moment où la prestation a été réalisée, pour objet de faire assurer aux patients provenant de cet établissement les soins d'urgence appropriés à leur état* ».

## PUBLICATIONS AP-HP

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

