

Sommaire



LES INCONTOURNABLES

Ressources Humaines :

- ▶ CET des personnels médicaux – Circulaire ● ● ○ ○
- ▶ Congés annuels - Report des congés non pris du fait d'un congé pour raisons de santé ● ● ○ ○

LES THEMATIQUES



Financements :

- ▶ ESMS - Campagne budgétaire 2013 – Orientations ○ ● ○ ●
- ▶ Frais liés à une IVG - Prise en charge intégrale ● ○ ● ○
- ▶ IVG - Montants des forfaits ● ○ ● ○
- ▶ En bref : Greffe de moelle – Tarifs 2013 ● ○ ● ○
- ▶ En Bref : Contribution financière des établissements à l'EHESP ● ● ○ ○



Comptabilité Finances :

- ▶ Déploiement de la comptabilité analytique hospitalière ● ○ ● ○



Etablissements :

- ▶ Infections nosocomiales – Bilan annuel ● ○ ● ○
- ▶ Circuit du médicament - Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants ● ● ● ●
- ▶ Intervention des libéraux dans les EHPAD – Contrat-type obligatoire – Annulation partielle ○ ● ○ ●
- ▶ En bref : Médecin coordonnateur – Renforcement des compétences ○ ● ○ ●
- ▶ MAIA – Calendrier de déploiement 2013 ○ ● ○ ●



Médicaments :

- ▶ En bref : Médicaments agréés – Service public ● ● ○ ○



Responsabilité :

- ▶ Hospitalisation d'office – Responsabilité du médecin - Préjudice indemnisable ● ○ ● ○

- ▶ Formation - Etudes :
 - ▶ Diplôme d'Etat de sage-femme – Régime des études ● ○ ● ○
- ▶ Achat - Marchés Publics :
 - ▶ Commande publique – Délais de paiement ● ● ○ ○
 - ▶ En bref : Guide sur « Le prix dans les marchés publics » ● ● ○ ○
 - ▶ Marché public de travaux – Contenu nécessaire du décompte général ● ● ○ ○
- ▶ Ressources Humaines :
 - ▶ En bref : Taxe sur les salaires – Majoration mensuelle ● ● ● ●
 - ▶ Usage personnel et excessif de l'internet au travail – Licenciement pour faute grave ○ ○ ● ●
- ▶ RH–Fonction Publique :
 - ▶ TH/TSH : liste des spécialités de concours et d'examen ● ○ ○ ○
 - ▶ Commission Administrative Paritaire – Règle de la parité ● ● ○ ○
- ▶ Entrée en vigueur :
 - ▶ Lits médicalisés avec barrière – Normes ● ● ● ●
 - ▶ PUI – Etiquetage des préparations ● ● ● ●

Sommaire interactif !

CET des personnels médicaux – Circulaire ●●○○

Un décret et un arrêté du 27 décembre 2012 sont venus modifier le fonctionnement des CET des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques et partiellement la gestion des congés annuels, le rôle du chef de pôle s'en trouvant renforcé (voir Sentinelle n°88).

La présente circulaire vient compléter le dispositif réglementaire concernant le CET du personnel médical des établissements publics de santé. Elle a pour objet de :

- ▶ Décrire les règles d'approvisionnement et de gestion du CET pour les jours acquis à partir du 1er janvier 2013
- ▶ Préciser les dispositions dérogatoires et transitoires applicables concernant les jours acquis au 31 décembre 2012
- ▶ Fournir une première information sur les modalités de provisionnement dans l'attente de la parution d'un arrêté et une circulaire technique spécifique
- ▶ Expliciter le dispositif d'information à destination des praticiens
- ▶ Préciser les dispositions relatives à la gestion des congés annuels

Il est rappelé que les dispositions prévues par le décret n° 2012-1431 du 27 décembre 2012 sont applicables à l'ensemble des personnels médicaux des EPS :

- ▶ Praticiens Hospitaliers Temps Plein et Temps Partiel
- ▶ Praticiens Contractuels
- ▶ Assistants des Hôpitaux
- ▶ Praticiens Attachés
- ▶ Praticiens Adjoints Contractuels

Il est cependant précisé que **pendant leur période probatoire**, les praticiens hospitaliers ont la possibilité d'ouvrir un CET mais n'ont pas la possibilité d'utiliser les droits déjà acquis.

En ce qui concerne les règles d'alimentation et d'utilisation du CET:

Afin de faciliter la compréhension des nouveaux dispositifs, la circulaire propose **une méthode de gestion** en donnant une appellation différente aux catégories de jours épargnés et ce selon leur date d'acquisition :

- ▶ Pour les jours acquis avant 2012 ou au titre de 2012, on parlera de « CET historique »
- ▶ Pour les jours acquis à partir du 1er janvier 2013, on parlera de « CET pérenne »

Cette méthode permet de faciliter l'application des règles de suivi et de gestion qui sont différentes selon que les jours relèvent du « CET historique » ou du « CET pérenne ».



Par ailleurs, la circulaire apporte quelques éclaircissements sur certaines dispositions du décret du 27 décembre 2012 :

- L'exercice du droit d'option sur le « CET historique » : Les praticiens disposent pour les jours acquis au 31 décembre 2012 d'un droit d'option, à partir du 21^{ème} jour, entre le maintien sur le CET, l'indemnisation des jours (dans la limite de 80 jours) ou la combinaison des deux mécanismes. Le choix doit être exprimé avant le 1^{er} juin 2013 et la circulaire insiste sur le caractère irrévocable de l'option choisie. Ainsi et contrairement à ce qui est prévu pour les personnels non médicaux, si le praticien maintient plus de 20 jours sur son « CET historique », il ne pourra pas exercer un droit d'option chaque année sur ce CET.
- Le seuil de déclenchement du droit d'option : Le droit d'option ne peut s'exercer que sur les jours à partir d'un 21^{ème} jour, quelque soit le « CET » concerné. La possibilité de déclenchement du droit d'option doit être appréciée après alimentation du CET mais sans tenir compte des jours acquis au titre du CET « historique ». Il y a sur cette procédure une étanchéité entre les deux « CET ».
- Le plafond global : contrairement aux dispositions applicables au CET des personnels non médicaux, le plafond global du nombre de jours pouvant être maintenus sur le CET est calculé en cumulant les jours acquis au titre du « CET historique » et ceux placés sur le « CET pérenne ». Il s'agit donc d'un plafond global unique qui évoluera de 300 jours jusqu'au 31 décembre 2015 à 208 à partir du 1^{er} janvier 2016.

Droits du praticien durant la période de congés pris au titre du CET

Placé en position d'activité, le praticien conserve, pendant la durée du congé pris au titre du CET, ses droits à avancement et à retraite et cette période ouvre droit aux congés annuels et aux jours de RTT.

La circulaire précise les indemnités dont le versement est maintenu pendant la durée du congé pris au titre du CET :

- ▶ Indemnité pour activité dans plusieurs établissements
- ▶ Indemnité d'activité sectorielle et de liaison
- ▶ Indemnité d'engagement de service public exclusif

Les situations particulières

La circulaire du 15 mars 2013 précise quelles sont les règles de gestion et d'utilisation des « CET historiques » et des « CET pérennes » applicables à certaines situations spécifiques liées au déroulement de la carrière du praticien (mutation, changement de statut, détachement, disponibilité, recherche d'affectation spéciale) ou la fin de celle-ci (cessation d'activité, reconnaissance d'inaptitude définitive, décès). L'ensemble des situations spécifiques est repris dans le tableau proposé dans la dernière annexe de la circulaire.



L'obligation d'information individuelle des praticiens

La circulaire précise que les établissements **sont tenus d'informer chaque praticien** sur les règles d'alimentation et d'utilisation du « CET pérenne » et du « CET historique ». La circulaire propose dans son annexe 2 un modèle de fiche d'information aux praticiens concernant les nouvelles dispositions relatives au compte épargne-temps.

En 2013, cette information individuelle initiale doit être accompagnée d'un formulaire d'option concernant les jours acquis avant le 31 décembre 2012 (formulaire-type en annexe 3). Ce formulaire devra être retourné avant le 1^{er} juin 2013.

A partir de 2014, afin d'exercer de manière éclairée leur droit d'option, les praticiens devront être systématiquement destinataires d'un formulaire

- ▶ comportant le décompte individuel des jours et heures épargnés au titre de l'année N
- ▶ leur permettant d'alimenter leur CET et d'exercer le droit d'option.

Ce formulaire devra être retourné avant le 31 mars de chaque année.

La circulaire propose deux modèles de formulaire : l'un à utiliser en 2014 pour la première année de mise en œuvre du nouveau dispositif de « CET pérenne » et l'autre à utiliser ensuite annuellement.

L'obligation d'information institutionnelle

La circulaire invite les établissements à compléter cette information individuelle par une **communication très large auprès de l'ensemble des personnels médicaux**. Cette information à caractère collectif peut prendre la forme d'un affichage, d'une fiche technique sur Intranet, dans le journal interne.

Par ailleurs, la circulaire précise que la Commission Médicale d'Etablissement devra être informée, dans le cadre de la présentation du bilan social, sur la situation des CET et leur prise en compte dans le bilan comptable.

Les dispositions relatives aux congés et à la gestion du temps médical

Le décret du 27 décembre 2012 a confié aux chefs de pôle et/ou aux responsables de structure interne la responsabilité de la gestion du temps médical des praticiens affectés à leur structure. Les nouvelles dispositions du Code de la Santé publique issues de ce décret prévoient par ailleurs l'inscription dans les contrats de pôles de l'organisation du temps de présence et d'absence. La circulaire, après avoir rappelé cette nouvelle exigence, précise par ailleurs que les avenants annuels aux contrats de pôle devront inclure, au regard des nécessités de services, l'évaluation du nombre de jours susceptibles de venir alimenter les CET des praticiens du pôle ainsi que l'impact en terme de provisionnement.

↳ *Circulaire n° DGOS/RH4/2013/116 du 15 mars 2013 relative à l'application du décret n° 2012- 1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé (à paraître)*



Congés annuels - Report des congés non pris du fait d'un congé pour raisons de santé ●●○○

Une circulaire mise en ligne le 28 mars 2013 a pour objet de faire application aux fonctionnaires hospitaliers du principe posé par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne en matière de report des congés annuels n'ayant pu être pris en raison d'un congé maladie.

En effet, depuis 2009, la CJUE a rendu plusieurs arrêts concernant la mise en œuvre de l'article 7 de la directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Cet article 7 a pour objet de garantir à tout travailleur le bénéfice de quatre semaines de congés annuels. Dans ces différentes décisions, la juridiction européenne a été amenée à se prononcer en faveur du droit des travailleurs à pouvoir bénéficier de son droit à congés annuels payés au sens de la directive, soit 4 semaines, y compris au-delà de la période de référence, s'il a été privé de l'exercice de ce droit en raison d'un congé maladie. En pratique, cela implique donc le report automatique des congés annuels non pris dans ce cas de figure.

Or, en ce qui concerne la fonction publique hospitalière, l'article 4 du décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des fonctionnaires hospitaliers prévoit que le report des congés annuels au-delà de l'année de service n'est pas possible sauf autorisation exceptionnelle de l'autorité investie du pouvoir de nomination et ce quelque soit la raison pour laquelle l'agent n'a pu bénéficier de ses congés, y compris donc en cas de congés pour raison de santé.

A l'instar des circulaires du 22 mars 2011 concernant la fonction publique d'Etat et du 8 juillet 2011 concernant la fonction publique territoriale, la DGOS opère, au travers de ce texte, la conciliation entre la jurisprudence européenne et les dispositions du droit interne en instaurant le report automatique sur l'année N + 1 des congés annuels non pris sur l'année N du fait d'une absence pour raison de santé.

Les conditions fixées pour la mise en œuvre de ce report sont les suivantes :

- ▶ Ce report concerne la totalité des congés annuels non pris du fait d'une absence pour raison de santé.
- ▶ Une absence pour raison de santé est constituée exclusivement par un congé de maladie (ordinaire, de longue maladie ou de longue durée) qu'il soit d'origine professionnelle (accident du travail/maladie professionnelle) ou non.
- ▶ Les congés annuels non pris sur l'année N sont uniquement reportables jusqu'au 31 décembre de l'année N + 1. En cas de report, les congés doivent être pris impérativement sur l'année de report. A défaut, ils seront perdus. Il ne peut donc y avoir de cumul sur plusieurs années en cas de CLM ou de CLD
- ▶ Le report est opéré de manière automatique par les services gestionnaires sans que l'agent ait besoin de le solliciter.



Par ailleurs, la circulaire précise qu'en cas de départ de l'établissement, l'agent doit solder son droit à congé annuel avant la date prévue de cessation de fonctions et qu'un congé annuel non pris n'ouvre pas droit au versement d'une indemnité compensatrice.

Il convient de noter que cette circulaire du 20 mars 2013 prévoit une application étendue de la jurisprudence de la CJUE. En effet, le droit à congés annuels garanti par le droit européen est fixé à quatre semaines soit 20 jours en droit français. Or, la circulaire va au-delà de ce droit garanti en prévoyant le report automatique de la totalité des congés annuels soit cinq semaines.

Enfin, il faut noter que l'application du dispositif de report n'aura lieu qu'à compter de 2013 (report des congés de 2013 sur 2014)

↳ *Circulaire n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/121 du 20 mars 2013 relative à l'incidence des congés pour raisons de santé sur le report des congés annuels des fonctionnaires hospitaliers (à paraître)*



ESMS - Campagne budgétaire 2013 – Orientations



Une circulaire traite des orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et handicapées. Elle regroupe les directives à la fois de l'Etat et de la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Comme en 2012, le niveau de progression de l'ONDAM médico-social est plus élevé que le taux global d'évolution de l'ONDAM, traduction budgétaire de la priorité donnée par le gouvernement à la diversification et à la qualité de la prise en charge dans le secteur médico-social.

Sur le plan de la gestion budgétaire et financière, la circulaire budgétaire 2013 précise :

1. Le cadre de détermination des dotations régionales (annexes 1 et 2) :
 - du taux de reconduction des dépenses récurrentes : taux d'actualisation minimale de la masse salariale des EHPAD non convergents fixés à 1,4%, mesure catégorielles financées par des crédits complémentaires (revalorisation de certains actes infirmiers, passage en catégorie A des infirmiers de la FPH), poursuite des efforts de convergence tarifaire
 - des mesures nouvelles par le financement de créations de places programmées.
2. Les objectifs et outils d'amélioration du dispositif d'allocation des ressources, de gestion et de suivi des crédits délégués, notamment en ce qui concerne les crédits non reconductibles (annexes 4 et 5)

En ce qui concerne les priorités d'actions à mettre en œuvre, celles-ci s'articulent autour de 4 thématiques :

1. La poursuite du développement de l'offre sociale et médico-sociale
 - Pour le secteur du Handicap : Programme pluriannuel Handicap, Plan Autisme, Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares), frais de transport pour les accueils de jour en FAM et en MAS
 - Pour le secteur des personnes âgées, l'accent est mis sur le déploiement des mesures du Plan Alzheimer (restructuration des accueils de jour, mise en place des plateformes d'accompagnement et de répit, dernière tranche PASA et ESA) et sur le suivi des crédits Alzheimer. En ce qui concerne les MAIA, leur financement sera assuré par le Fonds d'Intervention Régional à compter de 2013.
2. Le renforcement de la médicalisation des EHPAD par le biais du renouvellement prioritaire des conventions tripartites de première génération selon les règles suivantes :



- Médicalisation à option tarifaire constante
 - Priorité donnée aux EHPAD ayant les plus faibles dotations Soins (tarification Soins issus de « DOMINIC »)
 - Maintien des valeurs du point du tarif global en 2013
 - Cohérence du calendrier de renouvellement des conventions et de celui-ci de validation des coupes PATHOS (voir Annexe 3)
3. Les modalités de sortie de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans la dotation Soins (Annexe 7)
4. La mise en œuvre des projets-pilotes de Parcours des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) en application de l'article 48 de la LFSS pour 2013

Par ailleurs, la circulaire attire l'attention sur la mobilisation du secteur médico-social autour du dispositif des emplois d'avenir.

Les documents annexés comportent de plus les éléments d'information concernant des mesures spécifiques :

- Annexe 6 : La clarification des règles applicables aux exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales prévues à l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.
 - Annexe 8 : La prise en charge des frais de transport pour l'accueil de jour en MAS et FAM, ainsi que pour les accueils de jour personnes âgées et la revalorisation des forfaits soins aux accueils de jour autonomes personnes âgées et aux petites unités de vie.
- ➔ *Circulaire n°DGCS/5C/DSS/CNSA/2013/106 du 15 mars 2013 relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées (à paraître)*

Frais liés à une IVG - Prise en charge intégrale ● ○ ● ○

En application des articles 50 et 52 de la LFSS pour 2013, la nouvelle rédaction de l'article R 322-9 du Code de la sécurité sociale prévoit l'absence de participation de l'assuré social pour l'ensemble des frais de (soins, surveillance et hospitalisation) liés à une interruption volontaire de grossesse par voie instrumentale ou médicamenteuse.

Cette prise en charge intégrale par les organismes de sécurité des soins est aussi prévue pour les frais liés à l'acquisition de contraceptifs pour les mineures de moins de 15 ans.

- ➔ *Décret n°2013-248 du 25 mars 2013 relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures (JORF n°0073 p.5133 - 27 mars 2013)*



IVG - Montants des forfaits ● ○ ● ○

Un arrêté en date du 26 mars 2013 vient revaloriser le montant des forfaits concernant les interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans les établissements de santé et modifier le mode de calcul. Dorénavant, les forfaits varieront si le séjour comporte une nuit.

1. Forfait Accueil et hébergement (y compris les frais de salle d'opération) pour une IVG pratiquée dans un établissement de santé privé à but lucratif :

- ▶ Séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 209,75 €
- ▶ Séjour comportant au moins une nuitée : 297,60 €

2. Forfaits applicables aux établissements publics et aux établissements de santé privés à but non lucratif en fonction du mode de prise en charge :

- ▶ Sans anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 437,03 €
- ▶ Avec anesthésie générale pour un séjour dont la date de sortie est égale à la date d'entrée : 586,01 €
- ▶ Sans anesthésie générale pour un séjour comportant au moins une nuitée : 477,66 €
- ▶ Avec anesthésie générale pour un séjour comportant au moins une nuitée : 644,71 €
- ▶ Par mode médicamenteux : 257,91 €

↳ *Arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse JORF n°0075 p.5360 - 29 mars 2013*

En bref : Greffe de moelle – Tarifs 2013 ● ○ ● ○

Une décision de la directrice générale de l'Agence de Biomédecine est venue fixer pour 2013 les tarifs applicables en matière de greffes de moelle : inscription au registre national, facturation d'une unité de sang placentaire.

↳ *Décision n°2012-34 du 31 décembre 2012 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine fixant les tarifs applicables au registre France greffe de moelle (BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2013/2 p.37 - 15 mars 2013)*

En Bref : Contribution financière des établissements à l'EHESP ● ● ○ ○

Comme chaque année, un arrêté fixe le montant de la contribution financière des établissements publics de santé et des EHPAD au fonctionnement de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Pour 2013, celle-ci est fixée à 58,12 € par lit installé au 31/12/2012.

↳ *Arrêté du 15 février 2013 fixant le taux de la contribution financière due à l'Ecole des hautes études en santé publique par les établissements énumérés à l'article 2 (1°, 2° et 3°) du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales (JORF n°0074 p.5261 - 28 mars 2013)*



Déploiement de la comptabilité analytique hospitalière



La DGOS propose la mise en place d'un dispositif d'accompagnement au déploiement de la Comptabilité Analytique Hospitalière (CAH) en 2013 afin de permettre à l'ensemble des établissements de produire pour 2012 un Tronc Analytique Commun (TAC) basé sur des données analytiques fiables et harmonisées.

Le dispositif d'accompagnement régional proposé par la DGOS prévoit l'intervention des différents acteurs dont le rôle et les missions sont schématisés en annexe 2 et notamment :

- Un chargé de projet régional désigné au sein de chaque ARS (ou de manière mutualisée entre plusieurs ARS)
- Un comité régional de l'analyse et du contrôle de gestion animé par le chargé de projet et composé à la fois des établissements de la région les plus avancés dans le domaine de la CAH (établissements référents) et les établissements nécessitant la mise en place d'un appui dans le domaine (établissements appuyés).

L'ANAP viendra en appui opérationnel du dispositif à la fois au travers d'une équipe projet mais aussi du Cercle Performance Comptabilité Analytique et Contrôle de Gestion.

Les établissements acteurs du dispositif (établissements référents et établissements appuyés) devront s'engager avec l'ARS dans le cadre d'un contrat-type élaboré par la DGOS et l'ANAP. Pour les établissements bénéficiant d'un accompagnement, l'instruction précise en annexe 1 la liste des indicateurs de suivi du projet qui devront être renseignés au travers les fiche de suivi trimestrielle.

Par ailleurs, les établissements participant à cette démarche de déploiement de la CAH pour bénéficier d'un soutien financier au titre du Fonds d'Intervention Régional.

↳ *Instruction n°DGOS/PF1/2013/104 du 18 mars 2013 relative à l'accompagnement du déploiement de la comptabilité analytique hospitalière des établissements de santé (à paraître)*

Infections nosocomiales – Bilan annuel



Conformément à ce que prévoit le code de la Santé Publique, les établissements de santé sont tenus d'établir chaque année un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales que les établissements de santé doivent remplir. Le nouvel modèle de bilan annuel est proposé par un arrêté en date du 1^{er} mars 2013.



En plus des données administratives relatives à l'établissement, ce nouveau bilan annuel est organisé autour de l'ensemble des indicateurs de suivi des infections nosocomiales pilotés par le Ministère de la Santé qui, en vertu de l'arrêté du 5 mars 2013 feront l'objet d'une diffusion publique (voir Sentinelle n°93).

Les dispositions de cet arrêté ainsi que celles de l'arrêté du 5 mars 2013 sont complétées par une instruction en date du 15 mars qui précise, annexes à l'appui, les modalités pratiques de recueil des données 2012 du bilan standardisé d'activité :

- En précisant le calendrier de la campagne de recueil 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012 (annexe 1) qui prévoit une saisie des données au plus tard le 3 mai 2013.
- En diffusant le cahier des charges des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales visé par l'arrêté du 1er mars 2013 ainsi qu'un cahier des charges spécifiques à l'indicateur ICATB 2 (annexe 3 et 6). Il est à noter que ce nouvel indicateur ICATB 2 fera l'objet cette année d'une simulation en vue de sa diffusion au public à compter de 2014.
- En présentant les modalités de calcul des scores agrégés au regard de critères de pondération des différents items (annexe 4) ainsi les limites des classes de performance pour chacun des indicateurs (annexe 5)
- En rappelant les modalités techniques de déclaration via le site sécurisé de l'ATIH (« Bilan LIN»), les règles applicables en matière de contrôle et de validation des données saisies ainsi que l'importance de la qualité des données qui seront enregistrées au titre de la SAE et qui seront utilisées dans le cadre de l'élaboration du bilan standardisé.

Soumis aux mêmes obligations en matière de bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales, les structures d'hospitalisation à domicile et d'hémodialyse ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) feront l'objet d'une attention particulière dans ce domaine.

- *Arrêté du 1er mars 2013 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (JORF n°0066 p.4752 - 19 mars 2013)*
- *Instruction n°DGOS/PF2/2013/ 103 du 15 mars 2013 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2012 (à paraître).*



Circuit du médicament - Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants ● ● ● ●

En application de l'article R 5132-42 du Code de la Santé Publique, l'arrêté du 12 mars 2013 vient compléter le dispositif prévu par les articles R 5132-27 et suivants dudit code concernant le circuit du médicament pour les substances appartenant à la catégorie des stupéfiants.

Cette réglementation est applicable aux structures sanitaires et médico-sociales qui, conformément aux dispositions de l'article L 5126-1 du Code de la Santé Publique, dispose d'une pharmacie à usage intérieur, à savoir :

- ▶ Les établissements de santé publics ou privés
- ▶ Les groupements de coopération : GCS et GCSMS
- ▶ Les établissements médico-sociaux recevant des malades au sens de l'article R 5126-1 du CSP
- ▶ Les installations de chirurgie esthétique

Pour les différentes étapes du circuit du médicament, le texte fixe les règles applicables à la catégorie spécifique des médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants :

- ▶ Etat récapitulatif d'administration des stupéfiants Contenu, Personnes habilités pour tenir cet état récapitulatif, délai de conservation de 3 ans par la PUI, renouvellement de la dotation pour besoins urgents
- ▶ Dispensation : rôle du pharmacien, modalités de délivrance au prescripteur, à un cadre de santé ou une IDE désigné par le chef d'établissement
- ▶ Détention : conditions de sécurité des armoires ou compartiments spéciaux de stockage, conduite à tenir en cas de vol ou de détournement
- ▶ Gestion des stocks par la PUI : enregistrement des entrées et sorties dans un registre, réalisation de la balance mensuelle et de l'inventaire du stock, conditions de reprise des stupéfiants non utilisés, comptabilité des produits à détruire
- ▶ Destruction : rôle du pharmacien, traçabilité de la destruction (Procès-verbal type en annexe de l'arrêté), information du DGARS par transmission du PV

Par ailleurs, l'article 8 de l'arrêté précise la procédure à suivre en cas de changement de gérance de la PUI ou de retrait d'autorisation de PUI.

➔ *Arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération sociale et médico-sociale, les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du code de la santé publique et les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 de ce même code et disposant d'une pharmacie à usage intérieur (JORF n°0069 p.4900 - 22 mars 2013)*



Intervention des libéraux dans les EHPAD – Contrat-type obligatoire – Annulation partielle ○ ● ○ ●

Le décret n° 2010-1731 du 30 décembre 2010 relatif à l'intervention des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD a conditionné l'intervention des professionnels de santé libéraux dans les EHPAD par la signature préalable d'un contrat dont le modèle a été fixé par un arrêté du même jour (voir Sentinelle n°40).

Saisi de quatre recours en annulation notamment par les conseils nationaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des masseurs-kinésithérapeute contre ces dispositions, le Conseil d'Etat a fait en partie droit aux demandes des requérants en annulant :

- l'article 1^{er} du décret 2010-1731 qui introduit dans le CASF un article R313-30-1 dont la rédaction, par l'utilisation du terme « notamment », renvoie à un arrêté le soin de fixer tous les autres engagements entre le professionnel et l'établissement sans en préciser la nature et, le cas échéant, la portée.
- les articles 5 (droit de rétractation) et 6 alinéa 2 (préavis de deux mois en cas de résiliation) des contrats types annexés à l'arrêté en ce qu'ils méconnaissent le principe du libre-choix du praticien par le malade en ouvrant à l'établissement la possibilité de se rétracter ou de résilier le dit-contrat en l'absence de manquement du praticien et sans prévoir les garanties nécessaires au respect du libre choix.

↳ *Conseil d'État, 1ère et 6ème sous-sections réunies, 20/03/2013, n°345885 et autres*

En bref : Médecin coordonnateur – Renforcement des compétences ○ ● ○ ●

Afin d'intensifier la coordination des soins au sein des EHPAD, le rôle et les missions des médecins coordonnateurs ont été renforcés par le décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 (voir Sentinelle n°57). Une circulaire de la DGCS en date du 7 décembre 2012 est venue compléter le dispositif applicable. Elle rappelle notamment que l'existence d'une coordination par le médecin coordonnateur n'a pas pour objet de remettre en cause l'indépendance des médecins traitant intervenant à titre libéral au sein de la structure ou d'encadrer leurs prescriptions médicales. En revanche, la politique générale de soins doit comporter des éléments relatifs à la politique du médicament et à la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

↳ *Circulaire DGCS/SD3A n° 2012-404 du 7 décembre 2012 relative à la mise en œuvre du décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2013/2 p.377 - 15 mars 2013)*



MAIA – Calendrier de déploiement 2013

Une circulaire interministérielle à destination des directeurs généraux d'ARS vient préciser les modalités de la campagne de déploiement pour 2013. Après avoir rappelé la finalité des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer, cette circulaire précise le processus de création des 50 nouveaux dispositifs MAIA prévu sur le territoire national pour 2013 selon le calendrier suivant :

- ▶ 1er février 2013 : lancement de l'appel à candidatures.
 - ▶ 15 mars 2013 : date limite de dépôt des candidatures.
 - ▶ Mi-mars à mi-avril 2013 : instruction des dossiers.
 - ▶ Deuxième quinzaine d'avril 2013 : réunion de la commission régionale consultative de sélection.
 - ▶ 30 avril 2013 au plus tard : décision finale du directeur général de l'ARS.
 - ▶ Mai-juin 2013 : prises de poste des pilotes et début du travail d'intégration.
 - ▶ Septembre 2013 : travail sur le guichet intégré et recrutement des gestionnaires de cas.
 - ▶ Septembre-octobre 2013 : inscription au DIU des gestionnaires de cas.
 - ▶ Novembre-décembre 2013 : mise en œuvre de la gestion de cas.
- ↳ *Circulaire interministérielle DGCS/DGOS/CNSA n°2013-10 du 10 janvier 2013 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du plan Alzheimer : déploiement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA) (BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2013/2 p.387 - 15 mars 2013)*

Médicaments

En bref : Médicaments agréés – Service public

L'article L. 5123-2 du code de la santé publique prévoit une limitation quant à l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques de certains médicaments. Dans ce cadre, plusieurs arrêtés modifient la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics par voie de radiation de certaines spécialités et d'inscription de nouvelles spécialités.

- ↳ *Arrêté du 15 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4905 - 22 mars 2013)*



- *Arrêté du 15 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4909 - 22 mars 2013)*
- *Arrêté du 15 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4913 - 22 mars 2013)*
- *Arrêté du 15 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4914 - 22 mars 2013)*
- *Arrêté du 15 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4915 - 22 mars 2013)*
- *Arrêté du 18 mars 2013 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (JORF n°0069 p.4921 - 22 mars 2013)*

Responsabilité

Hospitalisation d'office – Responsabilité du médecin - Préjudice indemnisable ● ○ ● ○

La Cour de Cassation, dans un arrêt du 5 décembre 2012, vient préciser l'étendue du préjudice indemnisable par les juridictions civiles dans l'hypothèse où la mesure de placement d'office a été reconnue illégale par le juge administratif à raison d'une procédure irrégulière.

D'une part, comme la Cour d'Appel l'a retenu, l'illégalité de la procédure de placement a généré pour les requérants un préjudice à caractère moral indemnisable.

D'autre part, du fait de l'irrégularité de la mesure de placement, la période d'hospitalisation issue de celle-ci constitue une privation de liberté pouvant donner lieu également à indemnisation pour l'ensemble des préjudices nés de celle-ci (modalités d'exécution de la mesure et prescription de traitement pendant la durée de l'hospitalisation d'office) et ce même si la mesure de placement semble médicalement justifiée.

- *Cour de cassation, 1ère Chambre civile, 5 décembre 2012, n°11-24.527*

Formation- Etudes

Diplôme d'Etat de sage-femme – Régime des études ● ○ ● ○

La formation en vue de la délivrance du diplôme d'Etat de sage-femme est organisée en vertu de l'arrêté du 11 mars 2013 en deux cycles d'études sanctionnés chacun par un diplôme :



- ▶ 1er cycle : d'une durée de six semestres correspondant à une licence (180 ECTS), il est validé par l'obtention du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques
- ▶ 2ème cycle : d'une durée de quatre semestres, il sanctionne une formation approfondie en sciences maïeutiques

Après avoir défini les objectifs généraux de la formation, le chapitre II du présent arrêté précise les modalités d'organisation du deuxième cycle des études en sciences maïeutiques.

La formation s'organise autour :

- ▶ d'enseignements disciplinaires théoriques, méthodologiques, appliqués, pratiques et cliniques sanctionnés par un contrôle de connaissances (contrôle continu ou examen terminal)
- ▶ de l'accomplissement de stages (liste en annexe) dont les objectifs pédagogiques sont précisés dans un carnet de stage permettant la validation des stages.
- ▶ de la rédaction et de la soutenance devant d'un jury d'un mémoire
- ▶ de la réussite à un certificat de synthèse clinique et thérapeutique (contenu précisé en annexe) organisé en fin de formation.

La formation de chaque étudiant s'articule autour d'un tronc commun d'enseignements mais aussi d'un parcours personnalisé dans le cadre d'unités d'enseignements librement choisies parmi les formations dispensées à l'université.

Le diplôme d'Etat de sage-femme est délivré aux étudiants ayant :

- validé l'ensemble des enseignements et des stages correspondants aux deux cycles de formation
- validé le certificat de synthèse clinique et thérapeutique
- soutenu leur mémoire avec succès

Les dispositions de cet arrêté seront applicables pour l'année universitaire 2013-2014.

➔ *Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme (JORF n°0074 p.5288 - 28 mars 2013)*

Achat - Marchés
Publics

Commande publique – Délais de paiement ● ● ○ ○

La loi du 28 janvier 2013 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière prévoit, dans son titre IV intitulé « *de la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique* », pour les acheteurs publics d'une **indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement** en cas de non-respect des délais de paiement. Le texte législatif prévoyait l'intervention d'un décret d'application pour la mise en œuvre de cette nouvelle sanction. C'est dans ce cadre qu'est intervenu le décret du 29 mars

Sentinelle n° 94 – 16 au 31 mars 2013

Date de parution : le 1er avril 2013



2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de commandes publiques.

Outre la fixation du montant de l'indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement à **40 euros**, le texte précise les règles relatives au calcul du taux et au paiement des intérêts moratoires.

Afin de permettre l'application des sanctions prévues en cas de non-respect par l'acheteur public du délai de paiement ici rappelé, les dispositions du décret viennent définir les différentes règles applicables en matière de délai de paiement dans le cadre de la commande publique.

Date de départ du délai de paiement

Par principe, le délai de paiement court à compter de la date de réception de la demande de payer par l'acheteur public. Cette date de réception est celle constatée par le service du pouvoir adjudicateur ou à défaut, la date de la demande de paiement augmentée de deux jours. En cas de litige, la charge de la preuve appartient au créancier.

Le décret prévoit la date de démarrage du délai de paiement pour les cas spécifiques suivants :

- ▶ en cas de date de demande de paiement incertaine ou antérieure à la prestation
- ▶ pour le paiement d'un solde de marché de travaux
- ▶ lorsque le contrat prévoit une procédure de constatation de la conformité des prestations
- ▶ en cas de versement d'une indemnité de résiliation.

Par ailleurs, des conditions particulières sont applicables aux contrats ayant prévu le versement d'une avance ou une retenue de garantie.

En revanche, les mêmes obligations s'imposent à l'acheteur public en matière de délai de paiement en cas :

- ▶ De recours à un maître d'œuvre
- ▶ De recours à un sous-traitant bénéficiant du paiement direct

Suspension du délai de paiement

L'article 4 du décret fixe les conditions et modalités de mise en œuvre de la procédure de suspension du délai de paiement: une seule possibilité de suspension, en cas de pièces ou éléments manquants, erronés ou incohérents, notification de la suspension et des éléments complémentaires requis.

En cas de suspension, le nouveau délai de paiement est de trente jours maximum à compter de la réception des compléments demandés.

En ce qui concerne les pouvoirs adjudicateurs soumis aux règles de la comptabilité publique :

Le titre II du décret précise, pour les acheteurs publics dotés d'un comptable public, les modalités d'intervention respectives de l'ordonnateur et du comptable public.



Il prévoit notamment le délai dont dispose le comptable public pour exercer ses missions réglementaires. Ce délai est de 10 jours lorsque l'ordonnateur et le comptable public ne relèvent pas de la même personne morale. Il est porté à 15 jours pour les établissements publics de santé.

Entrée en vigueur

Le décret s'applique aux contrats conclus à compter du 16 mars 2013 pour les créances dont le délai de paiement aura commencé à courir à compter du 1er mai 2013.

- ↳ *Décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique (JORF n°0077 p.5497 - 31 mars 2013)*

En bref : Guide sur « Le prix dans les marchés publics » ●●○○

La Direction des Affaires Juridique du ministère de l'Économie et des Finances a mis en ligne un nouvel outil à destination des acheteurs publics mais aussi des entreprises portant sur "Le prix dans les marchés publics". Ce guide a pour objectif d'aborder la question de la formation et de la variation du prix sous l'angle à la fois juridique et pratique et ce à l'occasion de chacune des étapes d'un marché public (définition et formes du prix, pénalités, appréciation du prix lors de l'analyse des offres, paiement).

- ↳ *Ministère de l'Économie et des Finances – Direction des Affaires Juridiques, Le prix dans les marchés publics - Guide et recommandations, Mars 2013*

Marché public de travaux – Contenu nécessaire du décompte général ●●○○

Dans le cadre d'un marché public de travaux, le Conseil d'État a précisé, dans un arrêt récent concernant le Centre Hospitalier de Versailles, que si le décompte général notifié par le maître d'ouvrage ne comportait pas l'état des sommes correspondant à la réalisation des travaux nécessaires à la levée des réserves, l'établissement ne pourrait alors porter réclamation correspondant aux sommes non précisées dans le décompte ayant acquis un caractère définitif (signé par le maître d'ouvrage et notifié).

- ↳ *Conseil d'État, 7ème et 2ème sous-sections réunies, 20/03/2013, n°357636*



En bref : Taxe sur les salaires – Majoration mensuelle



L'article 13 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (voir Sentinelle n°88) a créé pour les rémunérations individuelles supérieures à 150 000 euros un taux majoré de taxe sur les salaires fixé à 20%. Le présent décret vient modifier le Code Général des Impôts afin d'intégrer cette nouvelle tranche de taxe sur les salaires.

↳ *Décret n° 2013-265 du 28 mars 2013 relatif à la détermination du montant de la majoration mensuelle et de la régularisation annuelle de la taxe sur les salaires (JORF n°0076 p.5413 - 30 mars 2013)*

Usage personnel et excessif de l'internet au travail – Licencierement pour faute grave



Dans un arrêt récent, la chambre sociale de la Cour de Cassation a rappelé que la connexion sur Internet sur des sites non professionnels durant le temps de travail pendant une durée excessive par le salarié constitue une faute grave pouvant justifier le licenciement pour ce motif.

La haute juridiction précise à l'occasion de cette décision, les critères d'admission du caractère fautif de l'usage personnel d'Internet au travail. Ainsi doivent être pris en compte afin de caractériser la faute du salarié :

- ▶ L'imputabilité au dit salarié des connexions litigieuses
- ▶ Le nombre de connexions sur une période déterminée, en l'espèce 10000 sur une période de 15 jours, ainsi que la durée de celles-ci
- ▶ Le caractère extra-professionnel des ces connexions liés à la nature des sites internet consultés : sites de voyage ou de tourisme, de comparaison de prix, de marques de prêt-à-porter, de sorties et événements régionaux ainsi qu'à des réseaux sociaux et à un site de magazine féminin

↳ *Cour de cassation, Chambre sociale, 26 février 2013, n°11-27.372*

TH/TSH : liste des spécialités de concours et d'examen



Comme le prévoit le décret n° 2011-744 du 27 juin 2011 relatif au corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers, un arrêté du 12 octobre 2011 avait fixé la liste des spécialités des concours et des examens professionnels permettant l'accès au premier grade ainsi qu'au deuxième grade du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers.



Cette liste vient d'être complétée par un nouvel arrêté en date du 19 mars 2013. Une nouvelle spécialité intitulée « logistique et production pharmaceutique » est intégrée à la liste des spécialités des concours et examens professionnels pour l'accès au premier grade du corps de TH et TSH dans le domaine dorénavant intitulé « logistique et activités hôtelières » (en lieu et place de « logistique et activité hôtelières »).

En ce qui concerne l'accès au deuxième grade du corps des TH et TSH, les concours et examens professionnels pourront désormais être ouverts dans le domaine « Hygiène et sécurité » à une nouvelle spécialité « Prévention des risques ».

- ↳ *Arrêté du 19 mars 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des spécialités des concours et des examens professionnels permettant l'accès aux premier et deuxième grades du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers (JORF n°0069 texte n° 35 - 22 mars 2013)*

Commission Administrative Paritaire – Règle de la parité ●●○○

Dans un arrêt en date du 1^{er} mars 2013, le Conseil d'Etat a été appelé à se prononcer sur le champ d'application du principe de parité concernant la composition des commissions administratives paritaires.

Saisi dans le cadre d'un recours en annulation contre une décision de refus d'avancement d'un personnel de l'éducation nationale, la haute juridiction administrative est venue préciser que ce principe de parité entre représentants du personnel et représentants de l'administration doit faire l'objet d'une application stricte à l'occasion de la convocation de ces instances à siéger, soit en formation plénière, soit en formation restreinte, au risque d'entacher la décision prise d'irrégularité.

En revanche, la régularité de la décision ou de l'avis n'est pas conditionnée par la présence effective en séance d'un nombre égal de représentants du personnel et de représentants de l'administration.

- ↳ *Conseil d'État, 3ème et 8ème sous-sections réunies, 1er mars 2013, n°351409*



Lits médicalisés avec barrière – Normes ● ● ● ●

Dans le cadre de la matériovigilance, une nouvelle norme a été élaborée, afin de prévenir les risques de piégeages liés aux barrières de lits médicalisés (Voir sentinelle n° 76). Ces nouvelles normes sont applicables à partir du 1^{er} avril 2013.

- ↳ *Décision du 30 avril 2012 fixant une condition particulière de mise sur le marché, de distribution et d'importation des lits médicaux pour adultes équipés de barrières et des barrières destinées à équiper des lits médicaux pour adultes, destinés à une mise en service en France (JORF n°0146 p10376 - 24 juin 2012).*

PUI – Etiquetage des préparations ● ● ● ●

Afin d'éviter les erreurs dans le circuit du médicament un décret sécurise et encadre le dispositif d'étiquetage des préparations magistrales, hospitalières et officinales (telles que définies par l'article L 5121-1 du code de la santé publique au 1°, 2°, 3°) ; (Voir sentinelle n° 84).

Ces dispositions entrent en vigueur le 1er avril 2013.

- ↳ *Décret n° 2012-1201 du 29 octobre 2012 relatif à l'étiquetage des préparations et d'autres produits pharmaceutiques (JORF n° 0254 p.17063 – 31 octobre 2012).*