

Responsable santé

LA LETTRE BIMENSUELLE SUR LES RISQUES EN
MILIEU HOSPITALIER ET MÉDICO-SOCIAL

N° 7

Un médecin doit s'abstenir de tout acte de nature à déconsidérer sa profession

Le directeur de la CPAM des Vosges invite, en 2000, les médecins des Vosges n'utilisant pas encore la télétransmission au moyen de la carte Vitale, à recourir à ce procédé. Mécontent de cette initiative, un psychiatre-psychanalyste adresse notamment une lettre ouverte au président du conseil d'administration de la caisse et au syndicat CFDT, aux niveaux national, régional et départemental. Dans cette lettre, il se livre à des insinuations sur la dilapidation de l'argent des cotisants par le directeur de la caisse, et suggère qu'il est honteux de ne pas le limoger.

Le directeur de la CPAM s'adresse d'abord à l'Ordre des médecins, qui rejette sa plainte, puis saisit le Conseil d'Etat. En effet, les termes de cette lettre, largement diffusée, dépassent, par leur « outrance délibérée et réitérée », les bornes de la liberté de critique et de l'humour dont se prévalait pourtant le médecin. La section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins doit désormais sanctionner le psychiatre : **un médecin peut en effet être sanctionné pour tout acte de nature à déconsidérer sa profession ; même si l'acte a été commis en dehors de l'exercice de sa profession** (article 31, code de déontologie médicale - Conseil d'Etat, 25 octobre 2004, n° 257189). Dans l'exercice de la profession, il peut s'agir de propos grossiers ou scandaleux mais aussi d'exigences financières abusives.

Autres exemples : un chirurgien-dentiste qui n'a pas réglé une dette importante à un laboratoire de prothèse (Conseil d'Etat, 30 décembre 2003, n° 247454), un médecin qui soutient une thèse universitaire plagiant les travaux scientifiques d'un autre (Conseil d'Etat, 17 décembre 1990, n° 118732) ou, encore, un médecin qui a filmé des patientes à leur insu lors d'une consultation gynécologique (Conseil d'Etat, 8 décembre 2000, n° 196330). Dans le cadre de la vie privée du professionnel, il peut s'agir d'une conduite en état d'ivresse, d'un délit de fuite ou aussi de l'utilisation frauduleuse d'un chèque (Conseil d'Etat, 6 juin 2001, n° 208108).

Pourrait aussi être assimilée à un acte de nature à déconsidérer la profession et donc sanctionnée par l'Ordre, toute dérive commerciale de l'exercice de la profession. En effet, la médecine ne doit pas être exercée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de publicité sont donc interdits, notamment l'aménagement ou la signalisation des locaux leur donnant une apparence commerciale (article 19 du code de déontologie).

L'essentiel

Organisation sanitaire

Les priorités des plans régionaux de santé publique ne seront définitivement arrêtées qu'en 2005 → Page 2

Vie des établissements

BCG : la revaccination n'est plus obligatoire mais les professionnels exposés doivent systématiquement être contrôlés → Page 3

Dossier

Quelles sont les règles qui permettent d'engager la responsabilité indemnitaires des professionnels, établissements et organismes de soins ? → Pages 4,5

Personnel

Un établissement doit essayer de reclasser un agent avant de le licencier pour inaptitude physique → Page 6

Marchés publics

Même s'il est seul compétent pour passer les marchés, le directeur doit consulter les organes délibérants ou consultatifs de l'établissement → Page 7

Responsabilité

L'établissement est responsable de l'infection contractée par un nouveau-né suite à un prélèvement effectué par un personnel non compétent → Page 8



Organisation sanitaire

Les priorités des plans régionaux de santé publique ne seront définitivement arrêtées qu'en 2005

Les objectifs et les priorités de santé publique sont, désormais, définis dans chaque région, par le plan régional de santé publique (PRSP). **Ce plan se compose de programmes et d'actions permettant d'atteindre les objectifs régionaux de santé** ; il s'agit de réaliser le bilan de l'existant (inégalités sanitaires à corriger, capacités du système de soins à concourir à la résolution des problèmes de santé publique), réaliser un diagnostic régional partagé et proposer les axes prioritaires du PRSP. Cette première version du PRSP doit, par exemple, comporter un volet relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Pour la fin de l'année 2004, les préfets de région doivent avoir élaboré une première version du PRSP. A cette fin, ils ont organisé une concertation régionale avec les principaux, les professionnels, les élus, les représentants

des usagers. **Dans la première version du PRSP, les actions retenues privilégieront la continuité avec les programmes et actions existants.** Cette première version servira de support à une concertation approfondie en 2005 au sein de la Conférence régionale de santé (CRS), dont la composition et les modalités de fonctionnement seront précisées par décret. **Autre nouveauté : pendant l'année 2005, les groupements régionaux de santé publique (GRSP) seront installés. Un point d'étape global sera fait en septembre 2005, date à laquelle le préfet de région devra avoir arrêté la version du PRSP définitif pour les années 2004-2008.**

(article L. 3110-6 du code de la santé publique - circulaire DGS/SD1 n° 2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique, BO 04/42).

Un établissement de santé cédant son activité n'est pas responsable des modifications ultérieures apportées aux conditions de travail

La société Clinique de l'Espérance a cédé, au centre hospitalier public du Haut-Anjou (avec effet au 1er octobre 1997), les immeubles dans lesquels était exploité un établissement de soin ainsi que les équipements, matériel et plateau technique. Des salariés de la clinique passent alors au service du CH. Estimant que leur contrat de travail a été rompu, ils réclament à la clinique des indemnités et des dommages-intérêts pour licenciement sans cause réelle et sérieuse. Leur demande est rejetée. D'une part, après la cession, le CH a poursuivi l'activité auparavant exercée par la clinique, avec les moyens qu'elle avait fournis. **L'identité de l'entité économique trans-**

férée a été maintenue ; les contrats de travail n'ont donc pas été rompus. D'autre part, les modifications que le cessionnaire (ici le CH) apporte, après le changement d'employeur, aux contrats de travail des salariés passés à son service ne peuvent constituer un manquement du cédant (ici la clinique) à ses obligations (sauf collusion frauduleuse). Enfin, dans l'acte de cession, **la clinique avait obtenu du cessionnaire l'engagement de maintenir les avantages accordés à son personnel** : la clinique ne peut donc être tenue responsable des modifications ultérieurement apportées aux contrats de travail par le CH (Cour de cassation, 20/10/2004, n° 03-44826).

Rappel : l'établissement auquel une autorisation est cédée (le cessionnaire) doit adresser une demande de confirmation de l'autorisation, assortie d'un dossier justificatif, au ministre ou au directeur de l'ARH, selon l'importance et la nature de l'activité. Ceci est également valable si la cession résulte d'un regroupement. Le ministre ou l'ARH statue sur cette demande selon les mêmes modalités que s'il s'agissait d'une demande d'autorisation (art. R. 712-45, code de la santé publique). **L'autorité administrative peut refuser la confirmation de l'autorisation pour l'une des deux raisons suivantes :**

- 1- le dossier accompagnant la demande fait apparaître des modifications justifiant un refus d'autorisation initiale. Par exemple, si les locaux ne sont pas conformes aux normes techniques de fonctionnement,
- 2- le dossier montre des éléments incompatibles avec le respect des conditions et engagements auxquels avait

été subordonnée l'autorisation initiale. Par exemple, la réalisation d'une évaluation (art. R. 712-36-1 et s. du code de la santé publique).

Ni le ministre, ni l'ARH, ne peuvent refuser la confirmation pour des motifs économiques ou d'opportunités. « Ainsi, est illégale, la décision prise par le secrétaire d'Etat de n'autoriser une cession que sous réserve de la suppression de 25 lits de chirurgie dans l'établissement » (Conseil d'Etat, 28 juillet 1999, n° 196860). Ouvrir ou gérer un établissement de santé privé sans avoir respecté la procédure d'autorisation décrite dans le code de la santé publique et passer outre à la suspension ou au retrait d'autorisation, sont punis de 150 000 euros d'amende. En cas de récidive, la peine peut être assortie de la confiscation des équipements installés sans autorisation (art. L. 6123-1 du code de la santé publique).

Vie des établissements

BCG : la revaccination n'est plus obligatoire mais les professionnels exposés doivent systématiquement être contrôlés

Il n'y a plus lieu de revacciner une personne par le BCG, même en cas d'intradermoréaction (IDR) négative, en population générale comme en milieu exposé (décret n° 2004-635 du 30 juin 2004).

Pour autant, la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG demeure obligatoire pour les personnes exerçant une activité les exposant au risque de tuberculose, les jeunes adultes scolarisés ou qui fréquentent des établissements à caractère social, médico-éducatif ou médico-social, les étudiants et élèves d'établissements préparant à des professions de caractère sanitaire ou social. A titre indicatif, s'agissant des professions de caractère sanitaire : aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, infirmiers et infirmières, manipulateurs d'électro-radiologie médicale, techniciens d'analyses biologiques.

Quant aux professions de caractère social, elles sont notamment représentées par des aides médico-psychologiques, animateurs socio-éducatifs, assistants de service social, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, techniciens de l'intervention sociale et familiale (la liste exhaustive des collectivités, établissements et professions auxquels il est fait référence, figure aux nouveaux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique).

Enfin, l'obligation vaccinale devient obligatoire pour « les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours » (5° alinéa de l'article R. 3112-2 du code de la santé publique).

Evidemment, le vaccin antituberculeux BCG demeure obligatoire pour les enfants de moins de six ans admis en collectivité, les enfants de plus de six ans, les adolescents.

Attention : sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation de la vaccination par le BCG les personnes

apportant la preuve écrite de cette vaccination. Concrètement : modalités techniques de l'acte vaccinal (intradermique ou par multi-puncture), numéro de lot et date de péremption du vaccin, consignés sur le carnet de santé ou document en tenant lieu. Il est également recommandé au médecin d'inscrire ces données dans le dossier médical. Si aucune preuve écrite ne peut être apportée de l'obligation vaccinale chez les étudiants, élèves et professionnels exposés, le médecin pourra prendre comme preuve une cicatrice vaccinale (sauf pour les personnes ayant reçu une vaccination antivariolique : art. 2 de l'arrêté du 13 juillet 2004).

Cependant, le ministère de la Santé veut que les contrôles systématiques par IDR à la tuberculine soient réalisés comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions à caractère sanitaire ou social exposés à la tuberculose (professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique).

Pour ces personnes, la suppression de la revaccination rend d'autant plus intéressante cette IDR à l'embauche.

Rappel : l'IDR doit être pratiquée selon une technique éprouvée, par un médecin, ou par un infirmier ou une infirmière sous la responsabilité du médecin (conditions prévues par le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif « au actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier » avec notamment nécessité d'un protocole écrit signé du médecin).

Sa lecture est faite par un médecin, les résultats quantitatifs doivent être, comme pour la vaccination, consignés sur le carnet de santé (circulaire DGS/SD5C n° 2004-373 du 11 octobre 2004 relative à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG, et à la pratique des tests tuberculiques, BO 04/44).

Trop d'actes sont inutilement transmis pour contrôle de légalité par les directeurs d'établissement

Les délibérations des conseils des établissements sociaux et médico-sociaux publics doivent être soumises au contrôle de légalité (article L. 315-14 du code de l'action sociale et des familles). En revanche, il n'en est pas de même des actes du directeur de ces établissements publics qui ne sont plus soumis au contrôle de légalité depuis la loi du 2 janvier 2002. C'est notamment le cas des décisions prises par les directeurs des établissements sociaux et médico-sociaux publics autonomes relatives à la situation individuelle des personnels titulaires de la fonction publique hospitalière. Pourtant, les congés ma-

ladie, les congés maternité et les avancements d'échelon continuent d'être soumis au contrôle de légalité. Egalement, les contrats des personnels recrutés à titre temporaire pour remplacer les personnels durant leurs congés ne doivent pas, non plus, être transmis à la DDASS pour contrôle de légalité. **Rappelons que la transmission d'une délibération au contrôle de légalité n'a pas pour objet de la faire approuver mais de la rendre exécutoire de plein droit** (lettre DGAS du 10 septembre 2004 sur le contrôle de légalité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics, BO 04/4).

Dossier

Quelles sont les règles qui permettent d'engager la responsabilité indemnitaire des professionnels, établissements et organismes de soins ?

La responsabilité indemnitaire est celle qui fait supporter aux professionnels et aux établissements, la réparation financière des dommages subis par un patient. Le législateur a posé des principes et a mis au point un système de règlement amiable de ces litiges pour éviter d'avoir recours au juge.

Les professionnels de santé, les établissements, services ou organismes dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins, **ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins, qu'en cas de faute** (art. L. 1142-1 du code de la santé publique). Ce qui signifie que les professionnels et établissements doivent avoir commis une faute pour que leur responsabilité pécuniaire puisse être engagée. **Aucun critère de gravité n'est précisé par la loi. Seul le juge, s'appuyant sur le rapport d'expertise, détermine si une faute a été commise** par rapport aux règles de l'art, aux normes techniques de fonctionnement, aux règles d'asepsie ou, encore, aux droits reconnus par la loi au patient. Conséquence : pas de faute, pas de responsabilité financière.

- Dans certains cas, il appartient au patient de prouver qu'une faute a été commise

Exemple : faute à l'occasion d'une intervention chirurgicale, d'une injection ou encore d'un accouchement

- Dans d'autres cas, il appartient au professionnel ou à l'établissement de prouver qu'il n'a pas commis de faute.

Ce système s'avère très favorable au patient, qui n'a pas à apporter la preuve de la faute. D'autant plus que le doute du juge profitera au patient.

Exemple : c'est au professionnel ou à l'établissement de prouver que le patient a bien été informé préalablement des risques liés aux soins.

Les professionnels concernés :

- professions médicales : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme,
- pharmacien et préparateur en pharmacie,
- auxiliaires médicaux : infirmier, infirmière, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, audioprothésiste, opticien-lunetier, diététicien.

Les établissements, services ou organismes concernés :

il s'agit très largement de toute institution publique ou privée qui délivre des soins, sachant que le soin peut être préventif, curatif, palliatif, prédictif, esthétique, etc. Sont ainsi concernés notamment les établissements de santé publics et privés, les centres de santé, les structures de médecine du travail.

Exceptions : dans certains cas précisément définis par la loi, la responsabilité n'est pas liée à la faute mais est de plein droit (automatique)

- Responsabilité automatique des établissements publics ou privés de santé, des établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés au regard des biens détenus ou déposés par les malades hospitalisés : **vol, perte, détérioration des objets déposés** entre les mains de la personne désignée ou du comptable public (art. L. 1113-1). A noter que le dépôt ne peut avoir pour objet que des choses mobilières (ni animal, ni végétal, ni aliment) dont la nature justifie la détention par la personne admise ou hébergée durant son séjour. Le dépôt ne peut pas être effectué par les personnes accueillies en consultation externe.

- Responsabilité sans faute de l'Établissement français du sang en cas de **dommage subi par un donneur de sang** (art. L. 1222-9 du code de la santé publique).

- Responsabilité automatique de l'Etat suite à un **dommage imputable directement à une vaccination obligatoire** (art. L. 3111-9).

- Responsabilité automatique de l'Etat pour **les victimes de contaminations transfusionnelles par virus HIV**.

- Responsabilité automatique **du fabricant du fait d'un produit de santé défectueux** (loi du 13 mai 1998).

Certains dommages peuvent être réparés financièrement par la solidarité nationale

Lorsque ni le professionnel, ni l'établissement, n'ont commis de faute et que le patient subit cependant un dommage, il s'agit vraisemblablement alors des conséquences d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale. La réparation financière de tels incidents ne peut être supportée par les professionnels puisque leur comportement ne dénote aucune faute. Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, ils peuvent être réparés par la solidarité nationale : un organisme étatique, l'ONIAM, en assume financièrement la réparation dès lors qu'ils remplissent 3 conditions :

- **le dommage est directement imputable à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins,**
- **l'acte a eu pour le patient des conséquences anormales** au regard de son état de santé ou de l'évolution prévisible de celui-ci,
- **le dommage entraîne un taux d'incapacité permanente (IPP) supérieur à 24 %.**

Procédure de règlement amiable des litiges

- Tout patient (ou ses ayants droit, si le patient est décédé) qui s'estime victime d'un dommage à la suite d'une activité de prévention, de diagnostic ou de soins, peut saisir la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI).
- La CRCI dispose d'un délai de 6 mois pour émettre un avis sur les circonstances, les causes, la nature, l'étendue des dommages et le régime d'indemnisation (art. L. 1142-8 du code de la santé publique).
- Le professionnel ou l'établissement sont informés par la CRCI qu'un patient l'a saisie. Ils doivent alors communiquer à la commission le nom de leur assureur.
- La CRCI peut entendre le patient (ou ses ayants droit) et les professionnels impliqués dans le litige.
- **La saisine de la CRCI est une procédure amiable qui**

suspend, par ailleurs, les délais de recours contentieux. Mais le patient peut également saisir le juge et la CRCI concomitamment.

- La CRCI saisie prévient le professionnel ou l'établissement concerné, puis diligente une expertise. Dans ce cadre, elle peut obtenir tout document, y compris d'ordre médical (art. L. 1149-12 du code de la santé publique). Elle peut même demander au président du TGI d'autoriser un expert à procéder à une autopsie dans le but de rechercher les causes de la mort. La CRCI fournit, à chaque partie au litige, la copie de tous les documents qui lui sont adressés.

- L'avis de la CRCI et le rapport d'expertise sont ensuite transmis à la personne qui l'a saisie et à toutes les personnes intéressées par le litige (notamment, établissement de santé, assureur, ONIAM).

Deux possibilités

- **Soit l'expertise trouve une faute à l'origine du dommage :** l'assureur du professionnel, de l'établissement ou de l'organisme a alors un délai de 4 mois (à compter de la réception de l'avis) pour adresser, au patient ou à ses ayants droit, une offre d'indemnisation pour réparer l'intégralité des préjudices subis par le patient. L'acceptation de l'offre par la victime vaut transaction. Le paiement par l'assureur doit avoir lieu dans le délai d'1 mois. En cas de refus ou de silence de l'assureur, c'est l'ONIAM qui règle l'indemnisation au patient. A charge pour cet organisme de récupérer la somme auprès de l'assureur. Le conflit opposera alors l'ONIAM et l'assureur (art. L. 1142-14 du code de la santé publique).

- **Soit l'expertise ne trouve pas de faute à l'origine du dommage** c'est ici que la solidarité nationale intervient : l'ONIAM prend à sa charge l'indemnisation des dommages subis par le patient (art. L. 1142-18 du code de la santé publique).

ONIAM : office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est un établissement public administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé. Son siège se situe à Bagnole (93, www.oniam.fr). Il comprend un président, 11 membres représentant l'Etat, 2 personnalités qualifiées en matière de responsabilité médicale, 2 représentants des usagers, des professionnels et établissements de santé (hospitalisations publique et privée), 1 représentant de l'assurance maladie et 2 représentants du personnel de l'office.

CRCI : commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Les 22 CRCI sont présidées par un magistrat, comprennent des représentants des usagers, des représentants des professionnels de santé, des responsables d'établissements et services de santé, ainsi que des membres représentants des entreprises d'assurance. Elles enregistrent en moyenne 357 nouveaux dossiers par mois (www.commissions-crci.fr).

Commission nationale des accidents médicaux : elle est composée de professionnels de santé, de représentants d'usagers et de personnes qualifiées. Elle prononce l'inscription des experts sur une liste nationale des experts en accidents médicaux après avoir évalué leurs connaissances. C'est également elle qui établit des recommandations sur la conduite des expertises et, surtout, veille à une application homogène des règles entre les différentes CRCI.

Personnel

Un établissement doit essayer de reclasser un agent avant de le licencier pour inaptitude physique

Un agent non titulaire recruté par le centre hospitalier de Lagny (Seine-et-Marne) en qualité d'aide-soignante par un contrat devenu à durée indéterminée, est licencié en 1999 par une décision du directeur d'établissement, pour inaptitude physique. Devant le juge, le centre hospitalier n'établit, ni avoir informé l'intéressée de son droit à reclassement, ni avoir effectué de quelconques diligences en vue de son reclassement. Or, qu'il s'agisse d'un salarié dépendant du droit du travail, d'un fonctionnaire soumis à un statut, ou d'un agent contractuel de la fonction publique, le principe est le même : lorsqu'il a été médi-

calement constaté qu'un salarié se trouve définitivement atteint d'une inaptitude physique à occuper son emploi, il appartient à l'employeur de le reclasser dans un autre emploi et, en cas d'impossibilité, de prononcer son licenciement. Le centre hospitalier de Lagny est condamné à verser 30.000 euros de dommages-intérêts (majorés des intérêts à compter du 2 avril 1999). **En pratique, l'établissement employeur doit apporter les preuves écrites que des propositions ont été faites à l'agent pour son reclassement dans d'autres postes** (cour administrative d'appel de Paris, 5 octobre 2004, n° 02PA02622).

Une employée licenciée pour faute grave doit percevoir l'indemnité compensatrice de congés payés

La secrétaire de direction à l'association « La Rive » (région PACA), gestionnaire d'une maison de retraite, est licenciée pour faute lourde. Elle a proféré, à deux reprises, à l'égard d'un médecin de l'établissement, des injures à connotation raciste interdisant toute relation ultérieure de travail. L'employeur a estimé que de tels faits rendaient impossible son maintien dans l'entreprise, même pendant la durée du préavis. Le juge considère que le licenciement est ici fondé sur une faute grave et non sur

une faute lourde. Cette distinction emporte des conséquences sur l'indemnisation. **En effet, seule la rupture du contrat de travail provoquée par la faute lourde du salarié entraîne la privation de son droit à indemnité compensatrice de congés payés** (article L. 223-14 du code du travail). Le comportement de la salariée révélant une faute grave, l'employeur devra lui verser l'indemnité de congés payés (Cour de cassation, 12 octobre 2004, n° 02-41563).

La communication de la fiche de poste à la commission administrative paritaire n'est pas obligatoire

Isabelle X veut faire annuler la décision du 2 mai 2002 du directeur du Centre hospitalier de Lisieux (Calvados), par laquelle il met fin à son stage et refuse de la titulariser dans le corps des chefs de bureau. Mais l'absence de transmission, aux membres de la commission adminis-

trative paritaire, du rapport rédigé en août 2001 sur cet agent n'a aucune conséquence sur la légalité de la décision du directeur d'établissement. **En effet, aucune loi ni aucun règlement n'impose la communication de la fiche de poste** (Conseil d'Etat, 20 octobre 2004, n° 267098).

L'exclusion de l'élève d'un IFSI doit respecter les principes de la procédure disciplinaire

En novembre 1998, la directrice de l'institut de formation de soins infirmiers (IFSI), géré par le CHU de Nancy, prononce l'exclusion définitive d'un élève de la formation. Dans un tel cas, le conseil de discipline entend l'élève qui peut être assisté d'une personne de son choix, des témoins peuvent être entendus à la demande de l'élève, du directeur de l'école, du président du conseil ou à la majorité des membres du conseil (article 12 de l'arrêté du 19 janvier 1988 relatif au fonctionnement des écoles paramédicales). Mais la procédure devant le conseil de discipline, et notamment

l'audition des témoins, ne s'est pas déroulée de manière contradictoire. **Or, toute procédure disciplinaire doit présenter un caractère contradictoire.**

Ceci signifie notamment que la personne doit être régulièrement avertie des pièces déposées et des témoins entendus. La communication à l'intéressé d'un rapport, préalablement à la réunion, ne suffit pas. Il faut aussi, par exemple, que l'élève soit présenté aux membres du conseil, avant que l'administration ne présente l'affaire (cour administrative d'appel de Nancy, 10 novembre 2004, n° 00NCO0168).

Marchés publics

Même s'il est seul compétent pour passer les marchés, le directeur doit consulter les organes délibérants ou consultatifs de l'établissement

Le directeur de l'établissement est seul compétent pour passer les marchés de travaux, de fournitures ou de services pour le compte de l'établissement. Le conseil d'administration ne détient aucune compétence en ce qui concerne la passation des marchés (art. L. 6143-1 du code de la santé publique). Cependant, le directeur doit associer les organes de son établissement, sous la forme d'une concertation préalable. Ainsi, les établissements publics de santé sont désormais tenus d'évaluer leurs besoins réels par établissement, par service... (art. 5 du code de marchés publics). Le directeur doit y associer le conseil d'administration et les organes représentatifs (CME, CTE...) de l'établissement. Par ailleurs, **pour les nouveaux marchés « passés selon la procédure adaptée », la personne responsable du marché (PRM) est exclusivement le directeur de l'établissement. Mais il doit agir en concertation avec les instances délibératives et consultatives**, s'il souhaite élaborer, en interne, des règles de passation pour ces marchés dont la procédure n'est pas définie par le code (circulaire DHOS/F4 n° 420 du

6 septembre 2004 relative à la compétence du directeur en matière de marchés publics).

Les marchés passés selon la procédure adaptée sont les anciens marchés passés sans formalités préalables. La PRM est alors libre de déterminer les règles de publicité et de mise en concurrence (art. 28 du code de marchés publics), tout en respectant, cependant, les grands principes directeurs du code (égalité d'accès et de traitement des candidats, transparence des procédures). **Quant à la forme de ce marché, une commande verbale, l'acceptation d'un devis, d'un bon de commande ou encore un contrat signé des deux parties, suffisent** (sauf pour les cas où la réglementation impose un écrit). Cette procédure est possible pour les marchés de fourniture en dessous du seuil de **150 000 euros HT pour l'Etat et 230 000 euros HT pour les collectivités locales**. Pour les marchés de travaux, la procédure adaptée est possible en dessous de 230 000 euros HT.

Responsabilité

Une faute technique d'un médecin peut entraîner une faute de surveillance d'un anesthésiste

Une femme bénéficie, en mai 1996, d'une coloscopie réalisée par un médecin, avec le concours d'un médecin-anesthésiste. Deux jours plus tard, une perforation au niveau de la jonction colo-rectale est décelée et opérée. La patiente assigne en responsabilité, le médecin et Le Sou médical, ainsi que l'anesthésiste et les AGF. D'une part, la perforation résulte d'une erreur de manipulation du coloscope : faute du médecin. D'autre part, la

patient s'était plainte, dès son réveil, de douleurs qui auraient dû alerter les médecins sur l'éventualité d'une perforation, et, notamment, l'anesthésiste qui s'était entretenu avec elle. Ils auraient alors dû garder la patiente au lieu de la faire sortir : faute de surveillance commis par l'anesthésiste. Les deux professionnels sont responsables à parts égales du dommage de la patiente (Cour de Cassation, 26/10/2004, n° 02-16400).

Avant de pratiquer une interruption de grossesse, le médecin doit informer la patiente, des risques de graves hémorragies

En raison de son état fébrile, une femme, enceinte de 23 semaines, se rend au centre hospitalier du Belvédère (Seine-Maritime) en juillet 1995. Une rupture des membranes, avec écoulement brutal de liquide amniotique, se produit alors que la parturiente subissait un prélèvement bactériologique sur le col utérin. L'équipe médicale décide alors de provoquer un avortement thérapeutique. L'intervention se complique d'une grave hémorragie qui nécessite le transfert de cette patiente au CHU de Rouen où elle subit une hystérectomie d'hémostase. **Aucune faute n'a été commise, ni dans l'organisation du service, ni dans les choix médicaux. Mais il s'avère que la patiente n'avait pas été informée des risques**

de graves hémorragies lors des interruptions de grossesse (même effectuées dans les règles de l'art), a fortiori lorsque la parturiente se trouve dans un état fébrile. La faute commise par le centre hospitalier est le défaut d'information. D'autant plus que l'expert mentionne une alternative moins risquée à l'avortement thérapeutique provoqué dans la journée qui a suivi la rupture de membranes et qui consistait à attendre que l'infection dont elle était atteinte soit jugulée pour provoquer cet avortement. Evaluation de l'indemnité pour cette patiente âgée de 35 ans et définitivement stérile : **le juge prend en compte les risques liés au choix thérapeutique effectué et aussi les risques similaires encourus en cas de re-**

Responsabilité

tardement de l'intervention : 8 100 euros (atteinte à l'intégrité physique et souffrances physiques). Son époux a subi un préjudice moral : 1 800 euros. En définitive, le centre hospitalier du Belvédère doit verser 9 600 euros au couple. A cette somme, s'ajoutent les intérêts échus

sur la somme due, les frais d'expertise (628,70 euros) et les frais auxquels le couple a été exposé en raison des procès (7 000 euros) (Conseil d'Etat, 15/10/2004, n° 253002). Le couple réclamait plus de 88 400 euros, dont 4 500 au titre du préjudice esthétique.

Le prescripteur doit renseigner le patient sur l'administration et la posologie du produit

Un médecin prescrit, à un homme victime d'une lésion oculaire, un collyre de tétracaine. Mais le patient subit alors des lésions cornéennes et une cécité qu'il attribue aux instillations du produit. **En prescrivant de la tétracaine sans préciser les dangers de l'administration d'un tel médica-**

ment et sans en indiquer la posologie, le médecin a failli à son obligation de renseignement et commis ainsi une faute. Son assureur doit donc indemniser les préjudices subis par ce patient (Cour de cassation, 26/10/2004, n° 02-20241).

L'établissement est responsable de l'infection contractée par un nouveau-né suite à un prélèvement effectué par un personnel non compétent

Un nouveau-né ayant bénéficié en mars 1995 d'un test de Guthrie (scarification du talon droit) contracte un staphylocoque et développe une septicémie. Les parents assignent alors la Polyclinique d'Istres (Bouches-du-Rhône), l'établissement où est né l'enfant. D'une part, le test de Guthrie a été pratiqué par une aide-soignante ; et la clinique n'apporte pas la preuve que cette aide-soignante aurait effectué le test sous la surveillance d'un professionnel compétent (les seules déclarations du directeur de la Polyclinique en ce sens ne suffisent pas). **La Polyclinique a donc commis une faute en laissant une aide-soignante pratiquer un tel acte alors que seule une infirmière était qualifiée pour le faire.** D'autre part, bien que l'origine de l'infection ne semble pas clairement établie, l'expert conclut qu'il existe une relation certaine entre la pratique du test et l'asepti-

sation à staphylocoque de l'enfant. La clinique est donc responsable de l'intervention pratiquée dans ses locaux, sauf à prouver l'absence de faute de l'établissement, preuve très difficile à apporter. La victime n'a pas à prouver l'origine nosocomiale de l'infection ni même la faute de la clinique (Cour de cassation, 25/10/2004, n° 03-14219).

L'infirmier est habilité à pratiquer, notamment, les scarifications et les prélèvements de sang, soit en application d'une prescription médicale qualitative, quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit préalablement, qualitatif, quantitatif, daté et signé par un médecin (article 6 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, JO du 16 février).

Responsabilité pénale

Pas de condamnation pénale si le médecin n'a commis aucune faute

Une patiente a présenté une complication exceptionnellement grave d'hématome rétro-placentaire (apoplexie utérine) qui est apparue brutalement en fin de travail, précédé quelques heures auparavant par une hypertension de fin de grossesse, alors qu'il n'y a dans ses antécédents aucun facteur de risque de pré-éclampsie. Cet hématome a été total, d'évolution suraiguë, sans phase de début. L'enfant étant décédé, les parents poursuivent le médecin pour homicide involontaire, blessures involontaires et mise en danger de la vie d'autrui. Mais aucune critique ne peut être faite à la prise en charge médicale de la patiente. **Aucun manquement ne peut être relevé dans la mise en place de la procédure de l'intervention par péridurale. Aucun signe**

avant coureur d'un hématome rétro-placentaire ne pouvait être décelé. Et à aucun moment, malgré l'hypertension, il y avait lieu de pratiquer une césarienne. L'absence de déplacement immédiat du médecin a été sans conséquence. Le retard dans la communication du taux d'albuminurie a pu être source d'un retard dans le diagnostic de pré-éclampsie mais en aucun cas dans le diagnostic de la survenance possible d'un hématome rétro-placentaire, et rien ne permet de dire que cet hématome ne se serait pas produit si l'accouchement avait été déclenché plus tôt. Les charges pénales ne peuvent être retenues contre ce médecin (Cour de cassation, chambre criminelle, 5 octobre 2004, n° 03-86447).

Renseignements : Tél. : 01 45 08 96 09 - Fax : 01 42 33 78 83 - Mail : responsablesanté@editionssorman.com

Responsable santé : Bimensuel. Vente sur abonnement : Tél. : 02 32 46 16 90. Imprimerie du Moniteur - 22 numéros par an : 350 € TTC.

Directeur de la publication : Guy Sorman. Rédacteur en chef : Pierre d'Harcourt. Rédactrice : Gaëtane Thomas-Tinot.

Editions Sorman - 13, rue d'Uzès - 75002 Paris

Commission paritaire : 1106 I 85686 - ISSN : 1770-0914 - Reproduction, même partielle, interdite sans autorisation