

JURIDIQUE

PARCE QUE LES SOLUTIONS SONT DANS LA MAÎTRISE D'UN CADRE RÉGLEMENTAIRE COMPLEXE ET DIVERSIFIÉ

“ Vers une extension de l'action de groupe au domaine de la santé... ”

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé ouvre l'action de groupe aux usagers du système de santé ayant subi un dommage corporel. Déjà approuvé par l'Assemblée nationale, le texte a été adopté par le Sénat, le 6 octobre 2015, par 185 voix pour et 30 voix contre.



© PHILIPPE WILL



© AMÉLIE DERRAY

TEXTES OFFICIELS

Santé

3^{es} plans régionaux..... P. 24

Hébergement

Dispositif de veille sociale..... P. 24

JURISPRUDENCE

Prestations sociales

Recours administratif

préalable obligatoire..... P. 25

Handicap

Recours rejeté contre

l'ordonnance « accessibilité »..... P. 25

ANALYSE

Réforme des tutelles : la maîtrise

des dépenses publiques

avant la simplification..... P. 26

5 QUESTIONS SUR...

Le contrat d'amélioration

de la qualité et de l'organisation

des soins..... P. 28

Le projet de loi de santé prévoit qu'une « association d'usagers du système de santé agréée [...] peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L.5311-1, ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles. [...] » (art. 45) ; cela concerne donc les médicaments, dispositifs médicaux, produits contraceptifs, produits sanguins, produits de tatouage, etc. Plusieurs phases procédurales se succéderont après l'introduction de l'action, savoir sa recevabilité, la recherche de la responsabilité du défendeur, l'identification des critères de rattachement au groupe, les modalités de publicité de la décision et leur mise en œuvre, l'indemnisation amiable ou non. Force est de constater qu'une telle procédure reste imparfaite : s'agissant des victimes, elle n'aura pas nécessairement pour effet d'accélérer l'indemnisation de leur dommage corporel, notamment en cas de contestation de sa responsabilité par le défendeur ou d'insatisfaction du patient qui devra engager une action individuelle ; s'agissant du professionnel mis en cause, le principe de présomption d'innocence pourrait être mis à mal, notamment dans le cas où les associations concernées seraient tentées de communiquer trop rapidement dans les médias sur la procédure en cours ; une telle communication pourrait avoir des effets désastreux sur la réputation du professionnel et/ou du produit, avant même qu'une décision définitive n'intervienne (exemple : communiqué de presse : « La CLCV lance une action de groupe contre AXA et AGIPI », 28 octobre 2014). ♦

My-Kim Yang Pava et Sonia Kanoun, avocates, Cabinet Seban et associés

SANTÉ

3^{es} plans régionaux

Notamment à destination des agences régionales de santé (ARS), une instruction interministérielle précise les modalités des déclinaisons régionales du troisième Plan national santé environnement. Adopté en novembre 2014 et février 2015, ce troisième Plan national a pour ambition de réduire l'impact des altérations de l'environnement sur la santé pour la période 2015-2019. Il s'articule autour de quatre catégories d'enjeux : des enjeux de santé posés par les pathologies en lien avec l'environnement ; des enjeux de connaissance des expositions et des leviers d'action ; des enjeux de recherche en santé environnement et des enjeux pour les actions territoriales, l'information, la communication

et la formation. Les préfets sont invités à décliner la sensibilisation à ces enjeux à l'échelon départemental en étroite collaboration avec les conseils régionaux en mobilisant les acteurs locaux comme les collectivités territoriales ou encore les établissements publics. L'objectif à l'échelle locale est d'informer et d'éduquer en menant des campagnes thématiques.

Les ministères mettront à disposition des fiches outils sur l'intranet, en complément de l'annexe jointe à cette instruction présentant brièvement les grandes lignes directrices du troisième Plan national santé environnement. ♦

Instruction NOR : DEVP1521997J du 27 octobre 2015, publiée le 4 novembre.

HÉBERGEMENT

Dispositif de veille sociale

L'article L.345-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa version issue de l'article 30 de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, confie au service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) le soin d'orienter les personnes sans abri ou en détresse vers les structures ou services qu'appelle leur état, dans des conditions définies par une convention conclue entre ce service et le représentant de l'État dans le département. L'article L.311-6 du même code, dans sa version issue de l'article 40 de la loi du 24 mars 2014, rend quant à lui applicables aux centres d'hébergement accueillant des personnes ou familles sans domicile et ne relevant pas du régime de l'autorisation prévu à l'article L.312-1 du même code les dispositions relatives à la participa-

tion des personnes accueillies dans les établissements ou services sociaux et médicosociaux.

Un décret tire les conséquences sur la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles de cette double évolution. Il précise que le SIAO gère le fonctionnement du 115 et assure la coordination des acteurs composant le dispositif de veille sociale et prévoit que les centres d'hébergement ne relevant pas du régime de l'autorisation prévu à l'article L.312-1 du même code mettent en place un conseil de vie sociale ou toute autre forme de participation selon des modalités identiques à celles applicables aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} mai 2016. ♦

Décret n° 2015-1447 du 6 novembre 2015, JO du 8 novembre.

VAGUES DE FROID
2015-2016

Guide national

Une instruction introduit le guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2015-2016. Elle précise les objectifs et le dispositif de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux des vagues de froid ainsi que le rôle des différents acteurs.

Instruction interministérielle n°DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2015/319 du 28 octobre 2015, publiée le 2 novembre.

SANTÉ

Praticiens territoriaux

Un arrêté fixe le nombre de contrats de praticiens territoriaux de médecine générale pour un total de 450 contrats. Cette répartition peut faire l'objet d'un ajustement infra-annuel. Un second arrêté fixe la répartition selon les différentes agences régionales de santé.

Arrêtés du 19 octobre 2015, JO du 6 novembre.

INSERTION

Durée du travail dans les ateliers et chantiers

Pris pour l'application de l'article 20 de la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, un décret ouvre la possibilité aux ateliers et chantiers d'insertion de déroger à la durée minimale de travail hebdomadaire de vingt heures, pour les personnes sans emploi, rencontrant des difficultés sociales, professionnelles particulièrement importantes, qui caractérisent une situation de grande exclusion. Par ailleurs, il transpose au contrat à durée déterminée d'insertion les dispositions relatives au transfert d'employeur mentionnées à l'article R.5134-30 du code du travail, applicables au contrat unique d'insertion (CUI-CAE).

Décret n° 2015-1435 du 5 novembre 2015, JO du 7 novembre.

PRESTATIONS SOCIALES

Recours administratif préalable obligatoire

En vertu de l'article L.262-47 du code de l'action sociale et des familles (CASF), une réclamation dirigée contre une décision relative au revenu de solidarité active (RSA) ne peut, à peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un recours contentieux sans qu'ait été préalablement exercé un recours administratif auprès du président du conseil départemental.

Il résulte de ces dispositions qu'une réclamation dirigée contre une décision relative au revenu de solidarité active ne peut, à peine d'irrecevabilité, faire l'objet d'un recours contentieux sans qu'ait été préalablement exercé un recours administratif auprès du président du conseil départemental. Toutefois, le juge administratif ne peut rejeter pour irrecevabilité des conclusions nouvelles, présentées en cours d'instance, dirigées contre la décision du président du conseil départemental rendue sur le recours administratif formé en application de l'article R.262-88 du code

de l'action sociale et des familles, dès lors que ce recours administratif a été exercé dans le délai requis par cet article et que ces conclusions nouvelles sont elles-mêmes présentées dans le délai de recours contentieux.

Ainsi, un requérant ayant introduit ce recours administratif après l'introduction d'une requête juridictionnelle et formé des conclusions nouvelles, présentées en cours d'instance, dirigées contre la décision rendue sur son recours administratif ne peut voir rejetées par le juge administratif pour irrecevabilité ces conclusions nouvelles dès lors que ce recours administratif a été exercé dans le délai requis par l'article R.262-88 du CASF et que ces conclusions nouvelles sont elles-mêmes présentées dans le délai de recours contentieux.

Conseil d'État, 4 novembre 2015, req. n° 384241.

HANDICAP

Recours rejeté contre l'ordonnance « accessibilité »

Plusieurs associations dont l'Association des paralysés de France ont demandé au Conseil d'État d'annuler pour excès de pouvoir l'article 6 ainsi que les deuxième et troisième alinéas de l'article 7 de l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées. Si la Haute juridiction administrative juge que les associations requérantes justifient d'un intérêt suffisant pour intervenir au soutien de la requête, elle rejette cette

dernière au motif qu'elle est devenue sans objet. En effet, selon les juges, l'ordonnance du 26 septembre 2014 ayant été ratifiée par la loi du 5 août 2015 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap, seule une question prioritaire de constitutionnalité pourrait être l'objet d'un recours devant le juge constitutionnel. ♦

Conseil d'État, 22 octobre 2015, req. n° 385354.

INSERTION

CV anonyme facultatif

Le Conseil d'État refuse de prononcer une astreinte tendant à l'édition du décret mettant en œuvre l'obligation de n'examiner que des curriculum vitae (CV) anonymes lors d'un recrutement car cette obligation a été abrogée par une loi du 17 août 2015 qui prévoit désormais que le CV anonyme est facultatif et non plus obligatoire.

Conseil d'État, 4 novembre 2015, req. n° 387014.

AGENTS

Rachat de jours épargnés sur un compte épargne-temps

Les indemnités de rachat de jours épargnés sur un compte épargne-temps ne peuvent être exclues de façon générale de la base de rémunération à prendre en compte pour le calcul de l'allocation spécifique de cessation anticipée, au motif qu'elles ne pourraient jamais être regardées comme une rémunération présentant un caractère régulier et habituel.

Conseil d'État, 4 novembre 2015, req. n° 374895.

HANDICAP

Travaux de mise en accessibilité déductibles de la taxe foncière

Si, pour être déductibles en application des dispositions de l'article 1391 C du code général des impôts, des dépenses doivent avoir été engagées pour des travaux qui, dans leur totalité ou pour partie, améliorent effectivement l'accessibilité des immeubles et logements pour les personnes en situation de handicap, ces travaux ne doivent pas nécessairement porter spécifiquement sur des équipements spécialisés pour les personnes handicapées.

Conseil d'État, 21 octobre 2015, req. n° 374751.

PROTECTION DES MAJEURS

Réforme des tutelles : la maîtrise des dépenses publiques avant la simplification

Deux textes modifient le droit applicable aux majeurs protégés. Une habilitation intrafamiliale voit le jour. La durée des mesures de protection est allongée, pour éviter des retours trop fréquents devant les juges. Le recours au médecin traitant est facilité et les comptes de tutelle pourront être arrêtés par le seul tuteur.

« Le bilan de la mise en œuvre de la loi de 2007 est [...] en demi-teinte », écrit l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans son dernier rapport relatif à la protection des majeurs. Les professionnels se déclarent globalement satisfaits par la réforme de 2007, mais des demandes d'amélioration sont formulées par les juges et les mandataires judiciaires à la protection des majeurs qu'ils exercent à titre individuel (auprès de 12 % des majeurs protégés), au sein d'associations mandataires (80 % des majeurs protégés) ou en qualité de préposés d'établissements (8 %). Ils espèrent le retour à la saisine d'office, supprimée pour suspicion de provoquer l'augmentation du nombre des mesures, pour traiter les urgences, telles l'aggravation d'une situation ou les cas de maltraitance financière. Une adaptation de la durée des mesures à l'état de santé de la personne éviterait un retour trop fréquent des majeurs protégés devant le juge des tutelles, qui ne sont que 80, à tiers-temps, pour près de 800 000 majeurs protégés. La révision du contrôle des comptes, assuré par des greffiers en chef trop peu nombreux, améliorerait la qualité

des documents comptables, notamment en normalisant leur présentation. Le manque de médecins experts est également souligné par les professionnels. Une loi du 16 février 2015 et une ordonnance du 15 octobre 2015 répondent, en partie, aux revendications de simplification du système (lire Gazette Santé-Social n° 94, p. 18-23).

Voie tierce de protection

La loi crée un nouveau mécanisme de protection des majeurs vulnérables « sans qu'il soit besoin de recourir à une mesure de protection judiciaire proprement dite » et l'ordonnance intègre au code civil les nouveaux articles 494-1 à 494-12. L'habilitation intrafamiliale, applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, vise à assurer la sauvegarde des intérêts d'un majeur hors d'état de manifester sa volonté, en autorisant ses ascendants, descendants, frères et sœurs, son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin d'un majeur, à le représenter ou à passer certains actes en son nom. Conforme au principe de subsidiarité de la loi de 2007 et moins contraignante que les mesures d'incapacité juridique, elle peut éviter l'ouverture d'une sauvegarde de justice (art. 433), d'une curatelle (art. 440 al. 1) ou d'une tutelle (art. 440 al. 3). Exercée à titre gratuit, elle ne pèse pas sur les finances publiques.

Elle est prononcée par le juge sur présentation d'un certificat médical circonstancié, « en cas de nécessité » et à défaut d'efficacité des règles relatives à la représentation ou au mandat de protection future. Le majeur peut être entendu par le juge. L'habilitation peut être accordée pour un ou plusieurs actes affectant les biens de l'intéressé (vente d'un bien immobilier) et/ou la personne elle-même (acte médical), et le

L'équation financière du régime des tutelles

Une mesure de protection non familiale coûte à la collectivité en moyenne 1 828 euros en 2013. Les mesures de protection des majeurs vulnérables confiés à un professionnel ont crû en volume entre 2006 et 2013, passant de 304 018 à 392 471 (3,5 %/an en moyenne). Cet accroissement s'est traduit par une augmentation du coût global du dispositif de protection des majeurs, qui s'est élevé (hors préposés d'établissement) en 2013 à 718 millions d'euros (508 millions d'euros en 2008), soit une progression de 41,3 %. Le financement public représente 80 % de ce montant, dont la sécurité sociale assume 60,2 % (344 millions d'euros) et l'État, 39,3 % (225 millions d'euros). Les personnes protégées participent au coût de leur protection à hauteur de 18,6 %, soit 134 millions d'euros.

juge des tutelles peut être amené à en autoriser certains. Elle peut aussi être générale. Dans ce cas, sa durée ne peut dépasser dix ans, renouvelables. Si aucune amélioration des facultés personnelles du majeur protégé n'est envisageable, le juge renouvelle l'habilitation, par décision spécialement motivée et sur avis conforme du médecin inscrit sur la liste du procureur de la République, pour une durée plus longue qui ne peut être supérieure à vingt ans. L'habilitation générale est mentionnée en marge de l'acte de naissance. Un décret précisera les modalités d'application de la mesure.

L'efficacité de la mesure reste à prouver tant au regard de l'échec relatif de la prééminence familiale (48 % des mesures) pourtant inscrite dans le code civil en 2007 (art. 415) que du revers subi par le mandat de protection future. Le rapport de l'Igas recommande d'ailleurs de « développer les mesures alternatives à la protection juridique : le mandat de protection future qui devra être mieux sécurisé et promu » et d'« encourager la gestion par les familles des mesures de protection juridique en créant un service national d'information aux familles et de soutien aux tuteurs familiaux, décliné dans chaque région et animé par la DGCS ».

Médecin traitant

Le médecin traitant peut être désormais sollicité dans deux cas. En ce qui concerne le logement (résidence principale ou secondaire) et les meubles d'un majeur protégé, la vente du bien, la résiliation du bail, ou tout acte de disposition doit être autorisé par le juge ou par le conseil de famille. Si l'opération a pour finalité l'accueil de l'intéressé dans un établissement, l'avis préalable d'un médecin est requis. La loi simplifie cette exigence en autorisant le recours à un médecin « n'exerçant pas une fonction ou n'occupant pas un emploi dans cet établissement ». L'avis peut ainsi être rédigé par le médecin traitant de la personne protégée (code civil, art. 426). Cette modification simplifie les formalités pour la personne protégée ou ses proches, qui devait, jusqu'à présent, recourir à un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République. Or, cette liste est peu fournie et l'avis était tarifé à 25 euros.

Le juge des tutelles ne peut prononcer une mesure de protection d'un majeur que sur présentation d'un certificat médical attestant

de l'impossibilité pour la personne de pourvoir seule à ses intérêts en raison de l'altération de ses facultés mentales et/ou corporelles (art. 425). Ce certificat circonstancié est rédigé par un médecin choisi sur une liste établie par le procureur de la République, qui pourra désormais « solliciter l'avis du médecin traitant de la personne qu'il y a lieu de protéger » (code civil, art. 431).

Durée de la mesure

Les mesures de protection sont prononcées pour une durée allant d'un à cinq ans. Un alinéa ajouté à l'article 441 du code civil autorise le juge à fixer une mesure de tutelle pour « une durée plus longue, n'excédant pas dix ans ». Cette possibilité est ouverte sur avis conforme d'un médecin inscrit sur la liste établie par le procureur de la République constatant que l'altération des facultés personnelles mentales et/ou corporelles de l'intéressé n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science. Le juge devra statuer par décision spécialement motivée.

Dans cette même hypothèse, le juge peut, dans les mêmes conditions de motivation et d'avis médical, renouveler une mesure de tutelle ou de curatelle « pour une durée plus longue qu'il détermine, n'excédant pas vingt ans » (art. 442). Cet encadrement de la durée du renouvellement ne s'applique qu'au renouvellement des mesures de tutelle ou de curatelle prononcées après le 18 février 2015. Les mesures de curatelle et de tutelle renouvelées pour une durée supérieure à dix ans avant cette date doivent faire l'objet d'un renouvellement avant le 18 février 2025. À défaut, les mesures prennent fin de plein droit (art. 26 de la loi).

Arrêt des comptes de tutelle

Dans un souci de simplification des procédures, le législateur confie au tuteur directement le soin d'arrêter le budget de la tutelle. Le tuteur en informe le conseil de famille ou, à défaut, le juge. En cas de difficultés, le budget est arrêté par le conseil de famille ou, à défaut, par le juge (art. 500). Auparavant, cet arrêté relevait de la compétence du conseil de famille ou, à défaut, du juge sur proposition du tuteur. ♦

REPÈRES

- **Ordonnance n° 2015-1288 du 15 octobre 2015** portant simplification et modernisation du droit de la famille.
- **Loi n° 2015-177 du 16 février 2015** relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures.
- **Rapport n° 2014-071R de l'Igas** relatif au « Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs », juillet 2014.
- **Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007** portant réforme de la protection juridique des majeurs.

Nathalie Levray

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins

L'agence régionale de santé et l'assurance maladie disposent d'un levier contractuel pour améliorer les pratiques de prescription de médicaments et de transports dans les établissements et maîtriser la progression des remboursements sur l'enveloppe des soins de ville.

1 Qu'est-ce qu'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ?

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) est un dispositif contractuel de maîtrise de l'évolution des dépenses et d'amélioration des pratiques créé par la loi «Hôpital patients santé et territoires» (HPST) de 2009. Il est signé entre l'agence régionale de santé (ARS), l'organisme local d'assurance maladie, et les professionnels de santé conventionnés, les centres ou les pôles de santé, les établissements de santé, ceux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les maisons de santé, les services médicosociaux et les réseaux de santé. Un modèle est établi soit au plan national, soit au plan régional (code de la santé publique, art. L.1435-4).

2 Quelles sont les prescriptions médicales visées par un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ?

Depuis la LFSS pour 2010, un Caqos cible au plan national les médicaments (génériques, spécialisés hors rétrocession et hépatite C) et certains produits et prestations, prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville (code de la sécurité sociale, art. L.162-30-2). Son contrat type et le modèle d'avenant annuel ont été fixés par décision du 7 juillet 2015 du directeur de la sécurité sociale et des directeurs généraux de l'offre de soins et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un autre Caqos concerne la prescription et l'organisation des transports, dont le modèle a été

établi par décision du 19 juin 2015. Les médecins d'établissement sont tenus d'observer la plus stricte économie en répondant à l'exigence de moindre coût du mode de transport compatible avec l'état de santé du patient et son degré d'autonomie.

3 Selon quelles modalités un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins est-il mis en œuvre ?

L'État arrête chaque année un taux prévisionnel national d'évolution des dépenses concernées. Ce taux est comparé à la progression des dépenses occasionnées par les prescriptions réelles. La comparaison permet la présélection des établissements en situation de dépassement, à qui l'ARS propose de conclure conjointement avec la CPAM un Caqos de trois ans. Un refus est pénalisé. Le contrat fixe un taux annuel prévisionnel individualisé d'évolution des dépenses, se rapprochant progressivement du taux national. Les Caqos sont annexés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement. Si l'objectif est atteint, l'ARS peut demander à la CPAM de reverser à l'établissement une fraction des économies réalisées (30 % maximum). En cas de non-respect des objectifs de chacune des trois années du contrat, l'ARS peut enjoindre à l'établissement de verser à la CPAM une fraction du montant des dépenses qui lui sont imputables (10 % maximum).

4 Quelles spécificités s'appliquent à un contrat d'amélioration de la qualité

et de l'organisation des soins pour le transport ?

Est annexé au Caqos transport un plan d'action comportant les axes d'amélioration à suivre et la liste des indicateurs permettant d'évaluer les progrès de l'établissement. Les actions de sensibilisation et d'information nécessaires pour atteindre l'objectif de dépenses sont relayées auprès du personnel prescripteur. Outre le cas général des établissements dont la dynamique de dépenses de transport dépasse le taux d'évolution annuel (3 % pour 2015), un décret n° 2015-207 du 24 février 2015 a ouvert la contractualisation aux établissements de santé dont le montant annuel des dépenses de transports dépasse un montant fixé par arrêté (500 000 euros depuis le 7 avril 2015). En cas de risque sérieux de dépassement en cours d'année, l'ARS recherche avec l'établissement des mesures immédiates d'amélioration des pratiques de prescription. Les Caqos en cours au 19 juin 2015 restent soumis à la précédente réglementation (décision du 17 décembre 2010).

5 Comment est financé le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ?

La contrepartie financière accordée à l'établissement qui respecte les objectifs du Caqos est financée par le fonds d'intervention régional (CSP, art. L.1435-8) et la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (CSS, art. L.162-22-13) au titre de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médicosociale. ♦