

Notre sélection de questions - réponses juridiques

Découvrez des exemples de problématiques juridiques

RESSOURCES HUMAINES

QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

ORGANISATION INTERNE



HOSPIMEDIA
RÉPONSE EXPERT

Edito



Anne-Isabelle Potisek
Responsable juridique

Quelles sont les principales règles à retenir concernant les comptes épargne-temps au sein de la FPH et quelles sont les évolutions dérogatoires pour la période des JO ? Un établissement peut-il exiger les coordonnées de ses agents dans le cadre d'un plan SSE ? Peut-il également demander une copie du carnet de santé avec les vaccins à jour pour valider l'embauche d'un nouvel agent ? (...) Les problématiques juridiques auxquelles sont confrontés les établissements de santé sont nombreuses et portent sur des sujets très variés.

Face à la complexité de certaines situations, vous êtes nombreux à vous sentir démunis, à la fois en termes de temps, de moyens et de connaissances juridiques. Il est parfois nécessaire de prendre du recul, d'étudier la problématique de façon neutre et d'être au fait des dernières évolutions législatives.

En tant que service juridique externalisé destiné aux établissements de santé sanitaires et méd co sociaux, nous connaissons vos enjeux et réalités de terrain. Composée de juristes et experts en droit de la santé, l'équipe HOSPIMEDIA Réponse Expert couvre un large champ de thématiques, telles que les ressources humaines, le droit des patients, l'organisation des établissements ou encore la gestion des risques.

Nous avons à cœur d'apporter une réponse personnalisée, détaillée et appuyée de décisions jurisprudentielles à chacune des problématiques juridiques reçues.

Notre objectif est de vous faire gagner du temps mais surtout de vous éclairer sur la réglementation en vigueur pour éviter tout litige. Solliciter HOSPIMEDIA Réponse Expert est devenu un réflexe quotidien pour nos clients !

Afin de rendre concrètes nos pratiques, nous avons sélectionné 20 exemples de problématiques juridiques auxquelles peuvent être confrontés les établissements de santé, publics ou privés, ainsi que nos réponses, soit 4 thèmes avec 5 questions associées :

- **Ressources humaines**
- **Qualité et gestion des risques**
- **Organisation interne**
- **Prise en charge des patients**

Toute l'équipe se tient à votre disposition pour toute question et vous souhaite une bonne lecture.

Sommaire

RESSOURCES HUMAINES

P04

- Éligibilité d'un agent au grade d'attaché principal d'administration hospitalière et clause de sauvegarde
- Titularisation d'un agent avec un statut RQTH après un an de service dans le cas où l'établissement n'y est pas favorable
- Possibilité de recevoir des agents pour un entretien dans le cas où ils sont en arrêt maladie
- Cadre réglementaire et principales règles à retenir concernant les comptes épargnetemps en sein de la FPH et évolutions dérogatoires pour la période des JO
- Stage obligatoire de titularisation et congé maternité

QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES

P18

- Déclaration d'événements indésirables
- Mise en place d'un plan SSE et stockage des coordonnées agents
- Recrutement et vaccins obligatoires
- Port obligatoire et fourniture de masques pour les professionnels, patients, consultants et visiteurs
- Contrôle et maintenance des défibrillateurs semi-automatiques (DAE)

ORGANISATION INTERNE

P32

- Demande de financement d'une formation relative au CSE et obligations de l'établissement
- Expression du vote et/ou du consentement de déments et personnes sous tutelle dans le cadre des élections du CVS d'un EHPAD
- Élection d'un référent laïcité et d'un référent radicalisation dans un établissement privé à but non lucratif
- Installation d'une caméra dans la chambre d'un patient dans un EPHAD à la demande de la famille
- Réquisition d'une chambre mortuaire par les forces de l'ordre

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

P44

- Gestion des liquidités et des objets de valeur entreposés dans un coffre des résidents hébergés au sein des services spécialisés en gérontopsychiatrie et alzheimer
- Gestion des effets personnels d'un résident décédé, sans famille
- Prise en charge de patients hospitalisés sans leur consentement, par le biais d'une hospitalisation complète ou d'un programme de soins
- Limitation des droits de visite de parents de patients suite aux manquements au règlement intérieur d'un hôpital
- Règles et dispositions s'appliquant aux téléconsultations médicales dans le secteur de la psychiatrie.

Toutes les mentions aux jurisprudences ne sont pas citées dans ce livret mais nous les transmettons à nos clients lorsqu'ils nous sollicitent pour des problématiques.



01.

Ressources humaines

- 01** Éligibilité d'un agent au grade d'attaché principal d'administration hospitalière et clause de sauvegarde
- 02** Titularisation d'un agent avec un statut RQTH après un an de service dans le cas où l'établissement n'y est pas favorable
- 03** Possibilité de recevoir des agents pour un entretien dans le cas où ils sont en arrêt maladie
- 04** Cadre réglementaire et principales règles à retenir concernant les comptes épargne-temps en sein de la FPH et évolutions dérogatoires pour la période des JO
- 05** Stage obligatoire de titularisation et congé maternité

LA DEMANDE INITIALE

Un établissement doit faire un tableau d'avancement de grade d'attaché principal d'administration hospitalière.

Un agent a été promu en 2020 selon le tableau d'avancement d'attaché principal cette année. Pour les années 2021, 2022 et 2023, aucun agent n'était éligible. Pour 2024, un agent est éligible.

- Est-il possible d'appliquer la clause de sauvegarde à savoir « si pas de nomination pendant 2 années consécutives, une nomination dans le grade d'avancement peut être prononcée la 3^{ème} année » et donc le nommer en 2024 ou est-il nécessaire d'attendre la 3^{ème} année où l'agent est éligible (en 2026) ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code général de la fonction publique (CGFP)**, articles L. 522-1 à L. 522-7 et L. 522-32 à L. 522-37 ;
- **Décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001** portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière ;
- **Décret n° 2007-1191 du 3 août 2007** relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière ;
- **Arrêté du 11 octobre 2007** déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Le nombre maximum d'avancements de grade au sein des corps de la fonction publique hospitalière est, **lorsque les statuts particuliers de ces corps** le prévoient, déterminé pour chaque année par application **d'un taux de promotion**.

L'avancement vers le grade d'attaché principal est soumis à un tel ratio : « *Le nombre de promotions prononcées dans le grade d'attaché principal est calculé, chaque année, dans chaque établissement, dans les conditions fixées à l'article 1er du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière* ».

Les taux de promotion sont fixés par l'Arrêté du 11 octobre 2007 qui comprend une annexe dans laquelle figure la liste des corps relevant de ce dispositif. Celle-ci est régulièrement mise à jour.

Ce taux s'applique à l'effectif des fonctionnaires remplissant les conditions pour un avancement de grade au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle sont prononcées les promotions.

La réglementation ajoute que : « *lorsque le nombre de promotions calculé n'est pas un entier, la décimale est ajoutée au nombre calculé au titre de l'année suivante* ».

Toutefois, **lorsque l'application de cette règle ne permet pas de prononcer de nomination pendant deux années consécutives, une nomination dans le grade d'avancement peut être prononcée la troisième année.** Dans ce cas, le cumul des décimales n'est pas reporté l'année suivante.

Le Conseil d'Etat a pu préciser, au titre d'un article rédigé en des termes similaires, que « *la détermination du nombre maximal d'agents susceptibles d'être promus au titre des années 2006 et 2007 avait fait apparaître pour chaque année l'existence d'un reliquat égal, respectivement, à 0,56 et 0,36, et qu'au titre de l'année 2008, (...) ce reliquat s'élevait à 0,63 de sorte qu'un reliquat global calculé sur les trois années de 1,55 était disponible ce qui autorisait l'administration à procéder, en application des dispositions précitées de l'article 2 du décret du 1er septembre 2005, à la promotion d'un agent supplémentaire au titre de l'année 2008 par rapport au nombre maximal déterminé par application du taux de promotion pour cette année* ».

CONCLUSION

L'article 2 du Décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 indique que « lorsque le nombre de promotions calculé (...) n'est pas un entier, la décimale est ajoutée au nombre calculé au titre de l'année suivante ».

Le deuxième alinéa de cet article ne s'applique que lorsque l'application de cette règle ne permet pas de prononcer de nomination pendant deux années consécutives.

Or, si aucun agent ne remplit les conditions d'avancement de grade, le nombre de promotions est de zéro et il n'y a aucun report de décimale et donc, par principe, pas d'application de la clause précitée.

Pour les années 2021, 2022 et 2023, aucun agent n'était éligible au sein de l'établissement pour le tableau d'avancement au grade d'attaché principal. Il n'est donc pas possible d'appliquer le taux de promotion à un effectif donné de fonctionnaires. À la stricte lecture du texte, **ces années ne peuvent donc pas permettre l'application de cette clause permettant une nomination la troisième année.**

Pour 2024, l'établissement a relevé un agent éligible. Il va donc pouvoir appliquer la règle prévue à l'article 1^{er} du Décret n° 2007-1191 qui donnera sans doute un résultat sans un nombre entier. Ainsi, si le report de la décimale « *ne permet pas de prononcer de nomination pendant deux années consécutives, une nomination dans le grade d'avancement peut être prononcée la troisième année* ». Cela conduirait donc **à un éventuel avancement de grade, en application de cette clause de sauvegarde, en 2026** (pas de nomination à cause d'un chiffre non entier - y compris avec le report des décimales - les années 2024 et 2025).

LA DEMANDE INITIALE

Un agent a été sous un premier contrat de 7 mois en 2023, puis un second contrat de 12 mois courant 2024.

Bien qu'il dispose d'une habilitation « Reconnaissance Qualité de Travailleur Handicapé », il n'a pas été mentionné de visa particulier sur ses contrats de travail par rapport à sa RQTH.

L'établissement ne s'est pas engagé à titulariser l'intéressé et ne souhaite pas prolonger son contrat.

- L'agent peut-il tout de même prétendre à une titularisation après un an de service (ou plus) au vu de son statut RQTH, même si l'établissement n'y est pas favorable ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code général de la fonction publique (CGFP), article L.352-4 ;**
- **Décret n° 91-155 du 6 février 1991** relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière, article 41 ;
- **Décret n° 97-185 du 25 février 1997** relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique hospitalière pris pour l'application de l'article 27 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Bien que le concours soit habituellement le principe dans la fonction publique hospitalière, un recrutement dérogatoire est prévu par l'article L.352-4 du Code général de la fonction publique (ancien article 29, II de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986) au bénéfice des agents RQTH.

Il s'agit donc d'une procédure hybride, mêlant des dispositions propres aux contractuels et aux stagiaires. Les conditions et modalités sont définies par le Décret n° 97-185 du 25 février 1997.

Une personne RTQH peut être recrutée par contrat d'une durée égale à celle du stage prévu pour le grade visé (1 an en principe, sous réserve de prorogation), à l'issue duquel elle pourra être titularisée, sous réserve d'aptitude physique et de la possession du niveau de diplôme exigé pour le grade visé.

L'agent est bien recruté en qualité d'agent non titulaire de droit public, au sens du Décret n° 91-155 du 6 février 1991. Cependant, dans la mesure où il s'agit d'une modalité de recrutement spécifique, il doit être fait expressément référence à l'article L.352-4 du CGFP dans le contrat.

C'est ce que rappellent les textes (bien que la référence légale n'ait pas été mise à jour) : « le contrat précise expressément qu'il est établi en application du II de l'article 27 de la loi du 9 janvier 1986 ». S'il n'a pas été mentionné de visa particulier sur son contrat de travail, par

rapport à sa RTQH et au fait qu'il soit recruté dans le cadre de ce dispositif, l'agent ne peut pas prétendre à une titularisation.

Si le contrat ne fait pas mention d'un recrutement sur ce visa, l'agent ne peut se prévaloir de ce dispositif, même si l'employeur connaît sa situation de travailleur handicapé et y compris lorsque la décision de la CDAPH figure dans son dossier administratif.

Cette solution fait l'objet d'une jurisprudence constante : l'agent doit pouvoir établir qu'il a été spécifiquement recruté sur ce fondement (ce qui se traduit par une mention expresse au contrat), sans quoi il ne pourra pas en réclamer le bénéfice et prétendre à une titularisation.

➤ Le contrat de l'agent doit être considéré comme un **CDD de droit public « classique »**

La raison tient au fait que l'administration **n'a aucune obligation de recruter un travailleur RQTH sur la base de ce dispositif spécifique**. Les dispositions permettant « *de recruter sans concours des travailleurs reconnus handicapés par voie contractuelle, puis de les titulariser le cas échéant au terme d'une période de stage, n'imposent à l'administration aucune obligation de recrutement sur ce fondement, et ne font notamment pas obstacle au recrutement d'agents non titulaires ayant obtenu la RQTH, dans les conditions de droit commun* ».

➤ Sans ce visa exprès, le non-renouvellement du CDD se fait selon les règles habituelles

Pour rappel, un agent contractuel en CDD ne bénéficie d'aucun droit au renouvellement de son contrat, au terme de celui-ci. Les agents RQTH en CDD de droit commun n'y dérogent pas.

L'établissement devra cependant respecter deux exigences pour mettre fin au contrat.

D'une part, le respect du délai de prévenance : il faut informer l'agent que son contrat ne sera pas reconduit au minimum :

- **8 jours** si l'agent a été recruté pour une durée inférieure à 6 mois ;
- **1 mois** pour une durée comprise entre 6 mois et 2 ans ;
- **2 mois** pour une durée d'engagement de 2 ans ou plus ;
- **3 mois** si le contrat est susceptible d'être reconduit en CDI.

NOTA BENE : dans la FPT, ces durées sont doublées pour les agents RQTH (dans la limite de 4 mois). Il n'existe cependant pas de disposition équivalente dans la FPH.

En l'espèce, le délai de prévenance pour signaler le non-renouvellement sera donc de 1 mois minimum.

D'autre part, les motifs de la décision: l'administration ne peut décider de ne pas renouveler le CDD que pour un **motif tiré soit de l'intérêt du service, soit de la manière de servir** de l'agent.

Le seul fait que l'agent ait donné entière satisfaction ne suffit pas à regarder le non-renouvellement de son CDD comme pris pour un motif étranger à l'intérêt du service.

NOTA BENE : n'étant pas un droit pour l'agent, la décision de ne pas renouveler le contrat n'a pas à être motivée mais l'employeur doit toutefois être en capacité de justifier sa décision devant le juge.

CONCLUSION

- *L'agent peut-il tout de même prétendre à une titularisation après un an de service (ou plus) au vu de son statut RQTH, même si l'établissement n'y est pas favorable ?*

NON, l'agent ne peut pas prétendre à la titularisation car, même s'il est bien reconnu RQTH, son contrat ne fait pas référence au recrutement spécifique de l'article L.352-4 du CGFP. En l'absence de cette mention expresse, il ne peut pas se prévaloir de ce dispositif dérogatoire, et doit être regardé comme bénéficiant d'un CDD de droit commun, malgré son statut de travail handicapé.

Le renouvellement de son contrat n'est donc pas un droit pour l'intéressé, et l'établissement peut valablement refuser de le reconduire, en respectant le délai de prévenance, dès lors que cette décision se justifie par l'intérêt du service et/ou la manière de servir de cet agent.

LA DEMANDE INITIALE

Suite à la mise en place d'une enquête interne, des agents se sont mis en arrêt pour anxiété. Est-il possible de les recevoir bien qu'ils soient en congé maladie, ou faut-il attendre leur retour ?

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

En l'état actuel du droit, aucune disposition législative ou réglementaire ne précise explicitement l'articulation entre un congé pour raison de santé et la convocation d'un agent public à un entretien.

C'est la jurisprudence qui a été amenée à préciser les contours de ce type de situation :

- **Selon le contexte du dossier** : l'administration a-t-elle déjà acceptée de reporter un ou plusieurs entretiens ? Que prévoit le certificat d'arrêt de travail de l'agent ? L'intéressé a-t-il prévenu son employeur de l'impossibilité matérielle de se rendre à la convocation ? Etc.
- **Selon la procédure envisagée** : pour quel motif l'agent en arrêt de travail est-il convoqué à un entretien ? S'agit-il d'un entretien disciplinaire ? D'un entretien d'évaluation professionnelle ? D'un entretien préalable au licenciement ? D'un entretien informel ? Etc.

Sauf exception, un agent public peut légalement se rendre en entretien au sein de l'établissement ; l'employeur peut valablement l'y convoquer, même s'il est en arrêt de travail.

Le fait d'être en congé pour raison de santé n'implique pas automatiquement d'impossibilité pour un agent de se rendre à l'entretien. Dès lors que son arrêt de travail lui autorise les sorties « sans restriction d'horaire » et qu'il n'établit pas « que son état de santé rendait tout déplacement impossible », il n'y a pas d'irrégularité à convoquer un agent en arrêt maladie.

De multiples décisions de jurisprudence permettent d'illustrer cette solution, dans différents contextes.

En matière d'entretien disciplinaire par exemple. Il n'y a pas vice de procédure si l'agent a été convoqué à un tel entretien alors qu'il était en congé de maladie (dès lors notamment, qu'il lui est possible de présenter sa défense ou de consulter son dossier par d'autres moyens). Le juge pourra aussi tenir compte du fait que l'agent n'avait pas prévenu en temps utile de son absence, ou qu'il n'avait pas demandé le report de l'entretien.

Ainsi, il n'y a aucun vice de procédure à avoir convoqué un agent de la FPH en congé maladie si l'intéressé « n'établit pas qu'il était dans l'impossibilité matérielle ou médicale de se rendre » à l'entretien et dès lors que l'agent avait reçu la convocation plusieurs jours avant cet entretien « ce qui lui permettait d'en solliciter une organisation différente en temps utile ».

En matière d'entretien préalable au licenciement également, on retrouve les mêmes critères. De nombreuses décisions de jurisprudence confirment la régularité de la procédure dès lors que l'agent n'établit pas être empêché, du fait de son état de santé, d'assister à cet entretien.

Sur ce point, il est constant que le fait de produire un certificat médical d'arrêt de travail ne suffit pas à déduire que l'agent ne peut se déplacer, surtout s'il dispose d'horaires de sortie libres et qu'il n'a jamais demandé à ce que l'entretien soit reporté à une date ultérieure pour tenir compte de son état de santé.

Plus généralement, cette solution prévaut lorsqu'il s'agit d'un entretien « informel », c'est à-dire lorsque l'administration convoque l'agent à un rendez-vous en dehors des procédures qui l'imposent (entretien de recadrage, rendez-vous individuel, entretien prévisionnel avant une reprise du travail, convocation pour recueillir un témoignage ou mener une enquête interne, etc).

Par exemple, l'employeur public peut valablement convoquer un agent à un simple « entretien d'explications » alors même que celui-ci est en congé longue maladie. Dans ce cas, ni le fait qu'il soit en maladie à la date de l'entretien, ni l'absence d'un représentant du personnel à cette occasion ne sont constitutifs d'une irrégularité.

CONCLUSION

Oui, l'établissement peut en théorie convoquer et recevoir les agents dans le cadre de l'enquête interne, bien que ceux-ci soient placés en congé de maladie (il s'agit d'entretiens informels).

En pratique, il peut cependant rester préférable d'attendre leur retour pour leur permettre de se consacrer à leur rétablissement ou à tout le moins, si la convocation est maintenue, d'en permettre un ou plusieurs reports à une date ultérieure, si l'agent le demande.

LA DEMANDE INITIALE

Concernant le compte épargne-temps (CET) au sein de la FPH :

- Quel est le cadre réglementaire applicable et les principales règles à retenir (ouverture, alimentation, plafonds, modalités de mobilisation, modalités de monétisation) ?
- Quelles sont les principales évolutions prévues à titre dérogatoire pour la période des jeux olympiques ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002** relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière ;
- **Arrêté du 6 décembre 2012** pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière ;
- **Arrêté du 9 janvier 2024** créant des dispositions temporaires en matière de compte épargnetemps dans la fonction publique hospitalière.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

👉 L'ouverture du CET des agents publics hospitaliers

Le compte épargne-temps (CET) dans la fonction publique hospitalière (FPH) est ouvert à la demande de l'agent qui sera informé annuellement des droits épargnés et consommés.

Les dispositions du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au CET dans la FPH sont applicables **aux agents titulaires et contractuels**, qui :

- 1) Exercent leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article L. 5 du Code général de la fonction publique ;
- 2) Sont employés de manière continue et ont accompli au moins une année de service.

En revanche, **les fonctionnaires stagiaires ne peuvent pas bénéficier d'un CET.**

Ceux qui avaient acquis antérieurement des droits à congés au titre d'un CET (en qualité de fonctionnaire titulaire ou contractuel) conservent leurs droits sans pouvoir les utiliser pendant cette période de stage, jusqu'au terme de celui-ci. En revanche, ils peuvent, si le stage comporte exclusivement l'essence d'un travail effectif, **continuer à alimenter leur CET.**

👉 L'alimentation du CET des agents publics hospitaliers

Le CET peut être alimenté chaque année par :

- **Le report de congés annuels** (CA), sans que le nombre de jours de congés pris dans l'année puisse être inférieur à 20 ;
- **Le report d'heures ou de jours de réduction du temps de travail (RTT) ;**
- **Les heures supplémentaires** (prévues à l'article 15 du Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002) qui n'auront fait l'objet ni d'une compensation horaire ni d'une indemnisation.

NOTA BENE : une fois ouvert, l'administration informe l'agent de l'état de son compte au 31 décembre de l'année écoulée et lui demande de faire connaître le nombre de jours de congés non pris au titre de l'année écoulée qu'il souhaite inscrire sur son CET.

➤ **Le droit d'option**

Une fois que le nombre total de jours inscrits sur le CET est supérieur à 15 jours, l'agent est invité à exercer, **au plus tard le 31 mars de chaque année, son droit d'option** concernant les jours épargnés au-delà de ce seuil.

L'agent titulaire peut opter, pour les jours excédant ce seuil et dans les proportions qu'il souhaite :

- pour une prise en compte au sein du régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP) ;
- pour une indemnisation ;
- pour un maintien sur le CET.

Pour les agents contractuels, seule l'option pour la prise en compte au sein du régime de la RAFP n'est pas possible puisqu'elle est réservée aux fonctionnaires.

➤ **Les plafonds à respecter en cas de maintien sur le CET des jours accumulés**

Dans l'hypothèse où le fonctionnaire opte pour **le maintien des jours sur son CET**, cela se fait sous certaines réserves exposées à l'article 8 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002.

À noter que les jours ainsi maintenus sur le CET seront **utilisés sous forme de congés**, pris dans les conditions mentionnées à l'article 4 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002.

Le plafond annuel

Tout d'abord, la progression annuelle maximale du nombre de jours inscrits au-delà de 15 jours, qui en résulte, n'excède pas en principe **un plafond annuel fixé à 10 jours.**

Ainsi, dans l'hypothèse où l'agent souhaite opter pour un maintien des jours épargnés sur son CET mais qu'il dispose déjà d'un solde de 15 jours sur celui-ci, **il ne pourra décider d'en maintenir que maximum 10 au titre de l'année**, ce qui lui donnera un CET de 25 jours au total (15 + 10 jours).

Le plafond global

Aussi, le nombre total de jours inscrits sur le CET ne peut pas excéder **le plafond global fixé à 60 jours.** Un agent hospitalier qui a décidé de maintenir ses jours sur son CET ne pourra le faire que dans cette limite globale de 60 jours.

Les dérogations pour 2024

Après les **règles dérogatoires** en terme de plafonds durant l'épidémie de Covid-19, il en sera de même pour 2024 **(en lien avec les JO 2024).**

Ainsi, par dérogation :

- La progression maximale du nombre de jours pouvant être inscrits, au titre de l'année 2024, sur un CET au-delà du seuil de 15 jours précité est fixé à **20 jours au lieu de 10**.
- Le plafond global de jours pouvant être maintenus au terme de l'année 2024 est fixé à 70 jours au lieu de 60 ou, pour l'agent dont le nombre de jours épargnés au terme de l'année 2023 excède 60 jours, au nombre de jours épargnés augmenté de 10 jours. Les années suivantes, les jours ainsi épargnés excédant le plafond global prévu par l'Arrêté du 6 décembre 2012 peuvent être maintenus sur le CET ou être consommés selon les modalités définies à l'article 5 du Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002.

↳ **Les modalités de monétisation**

Concernant l'indemnisation, chaque jour est indemnisé à hauteur d'un montant forfaitaire brut par catégorie statutaire soit :

- 150 € pour la catégorie A et assimilés ;
- 100 € pour la catégorie B et assimilés ;
- 83 € pour la catégorie C et assimilés.

Ces montants ont été revu à la hausse à compter du 1^{er} janvier 2024, avec la publication de l'Arrêté du 24 novembre 2023 fixant les montants des jours indemnisés dans le cadre du compte épargne-temps.

Le montant forfaitaire brut retenu **est celui de la catégorie statutaire dans laquelle est classé l'agent à la date de l'option formulée par cet agent.**

Aucune disposition ne vient limiter le nombre de jours pouvant être indemnisés via cette option.

Au surplus, la réglementation ne fixe pas non plus de délai au cours duquel l'administration doit verser le montant des jours compensés financièrement. Il apparaît toutefois préférable de le faire dans un délai raisonnable.

LA DEMANDE INITIALE

La réglementation précise que si un agent bénéficie d'un congé pour raison familiale (congé de maternité ou d'adoption, congé de 3 jours pour naissance ou adoption, congé de paternité) d'une durée supérieure à 1/10^e de la durée normale du stage, la titularisation prend effet à la date de fin de la durée statutaire du stage sans tenir compte de la prolongation liée à ce congé.

Une agent est en congé maternité et doit accomplir un stage d'un an démarrant à la fin de cette période de congés. Elle sera absente une partie de son stage mais dont la durée n'excède pas 1/10^e de la durée du stage.

- Pourra-t-elle tout de même être titularisée l'année suivante ?

Si son congé maternité est prolongé par un congé pathologique de 28 jours, son stage serait alors prolongé de 28 jours.

- Sa titularisation peut-elle intervenir avant la fin de son stage ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code général de la fonction publique (CGFP)**, articles L. 327-1 et L. 327-10 à L. 327-12 ;
- **Décret n° 97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière.**

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

➤ Le report de la nomination en qualité de stagiaire pour grossesse

À titre liminaire, la nomination en qualité d'agent stagiaire d'une femme en état de grossesse peut être reportée, sur la demande de l'intéressée, sans que ce report puisse excéder 1 an.

En l'espèce, l'agent pourrait bénéficier d'un tel report s'il en fait la demande.

➤ La prolongation du stage du fait d'un congé de maternité

Les fonctionnaires stagiaires sont tenus d'accomplir une période probatoire, préalablement à leur titularisation. La durée normale du stage et les conditions dans lesquelles elle peut éventuellement être prorogée sont fixées par le statut particulier du corps dans lequel l'agent a vocation à être titularisé.

Par principe, la durée normale du stage est fixée à 1 an.

Le fonctionnaire stagiaire a droit au congé de maternité prévu à l'article L. 631-3 du Code général de la fonction publique, et l'article 25 du Décret n° 97-487 ajoute que :

« La titularisation de l'agent stagiaire qui a bénéficié d'un congé de maternité [...] prend effet à la date de la fin de la durée statutaire du stage, compte tenu de la prolongation imputable à ce congé ».

Sous réserve de cette disposition, la durée totale des congés rémunérés de toute nature accordés aux agents stagiaires en sus du congé annuel ne peut être prise en compte comme période de stage que pour 1/10^e de la durée statutaire de celui-ci.

Il y a lieu de distinguer la date de prise d'effet de la titularisation de la date de fin de stage.

En effet, **le stage doit être prolongé pour tenir compte des périodes d'interruption.** Cela concerne les congés de toute nature, y compris le congé de maternité.

Initialement, le juge avait précisé que lorsqu'un agent stagiaire a été placé en congé de maternité pendant son stage, celui-ci devait être **prolongé d'une durée équivalente à la durée totale du congé.** Cette prolongation se faisant « *sans que la limitation au dixième de la durée statutaire de stage ne puisse y faire obstacle* », car l'article 37 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 (aujourd'hui abrogée) indiquait que « *les congés de maladie, de maternité et d'adoption ne sont pas pris en compte dans les périodes de stage* ». Cette disposition légale primait sur celle de l'article 32 du Décret n° 97-487 du 12 mai 1997.

Par exemple, si un agent avait été placé en congé de maternité pendant une durée totale de 112 jours, sa période de stage devait être prolongée de 112 jours.

Depuis l'entrée en vigueur du Code général de la fonction publique, les règles en matière de prolongation de stage en cas d'absence ont cependant été harmonisées. Le premier alinéa de l'ancien article 37 précité n'a pas été repris. Désormais, il semble donc que les périodes de congés rémunérés (dont la maternité) **soient prises en compte dans la limite d'1/10^e de la durée du stage, soit 36 jours au plus**, tel que le prévoit l'article 32 du Décret du 12 mai 1997.

Par exemple, si un agent devait accomplir son stage d'1 an du 01/02/2024 au 31/01/2025 et qu'il bénéficie d'un congé de maternité de 112 jours :

- Son stage est prolongé de $112 - 36 = 76$ jours, soit jusqu'au 17/04/2025.
- Sa titularisation sera décidée après cette date, mais prendra effet au 01/02/2025.

Le raisonnement serait le même si le congé maternité était augmenté en cas d'état pathologique attesté par certificat médical dans la limite de 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement et de 4 semaines après la date de celui-ci.

Autrement dit, en cas de congé maternité, il y a bien **prolongation de la durée du stage, mais non-report de la date de titularisation.** La durée de stage est augmentée de la même façon que pour la maladie, mais la titularisation sera, le cas échéant, prononcée rétroactivement.

CONCLUSION

Sous réserve qu'une agent ne demande pas à bénéficier du report de sa nomination à sa date de reprise, elle doit accomplir un stage d'un an.

Son absence pour congé de maternité sur sa période de stage n'excède pas 1/10^e de la durée du stage. Sa période de stage ne sera effectivement pas prolongée en vertu de la règle précitée (sous réserve qu'elle n'ait pas d'autres absences au cours de cette année de stage) et sa titularisation doit bien prendre effet l'année suivante.

Si son congé de maternité est prolongé par un congé pathologique de 28 jours, son absence totale sur la période de stage serait alors allongée de 28 jours. Sa titularisation sera décidée après cette date mais prendra effet rétroactivement.



02. **Qualité et gestion des risques**

- 01** Déclaration d'événements indésirables
- 02** Mise en place d'un plan SSE et stockage des coordonnées des agents
- 03** Recrutement et vaccins obligatoires
- 04** Port obligatoire et fourniture de masques pour les professionnels, patients, consultants et visiteurs
- 05** Contrôle et maintenance des défibrillateurs semi-automatiques (DAE)

LA DEMANDE INITIALE

Un EPHAD public s'interroge quant à la déclaration des évènements indésirables.

- Les agents doivent-ils avoir la possibilité de déclarer des événements indésirables de manière anonyme ?
- Le cas échéant, faut-il mettre les noms des personnes concernées par l'événement indésirable ?
- Les représentants du personnel doivent avoir une présentation des événements indésirables mais doivent-ils pouvoir les consulter ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)** : articles L. 6111-2, L. 1413-14, R. 1413-67, R. 1413-68, R. 1413-70, R. 1413-72 ;
- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)** : articles L. 312-1, L. 331-8-1, R. 331-8 R. 331-10, D. 311-5 ;
- **Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016** relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ;
- **Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016** relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ;
- **Arrêté du 28 décembre 2016** relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales ;
- **Instruction DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017** relative à la mise en oeuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (NOR : AFSP1705207J).

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

A titre liminaire,

Il convient de préciser que les établissements sont tenus d'élaborer et de mettre en oeuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les **évènements indésirables** liés à leurs activités. Dans ce cadre, il est nécessaire de différencier les évènements indésirables et les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS).

Le signalement des évènements indésirables (EI) en interne, se réfère aux accidents, incidents ou dysfonctionnements liés à l'activité et dont les conséquences sont ou peuvent être dommageables pour les patients, résidents, visiteurs, professionnels, biens, etc. Ces EI peuvent également être déclarés auprès du Ministère de la santé et de la prévention.

Les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS), correspondent aux

événements inattendus au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Dans ce cadre, l'article L. 1413-14 du CSP prévoit que tout professionnel de santé ou établissement de santé ou établissement et service médico-social qui constate un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration dite « externe » au directeur général de l'ARS.

➤ Sur les déclarations anonymes des événements indésirables

Conformément à l'article L. 331-8-1 du CASF :

« Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »

Ainsi, les EIGS ayant lieu au sein des Ehpad, doivent faire l'objet d'une déclaration. Les dispositions réglementaires prévoient : cette déclaration est faite dans des conditions qui garantissent l'anonymat du ou des patients et des professionnels concernés à l'exception du déclarant. Ainsi, l'anonymat du déclarant ne peut lui être totalement garanti.

Ce principe est repris dans l'Arrêté du 28 décembre 2016 à l'article 2 :

« L'information prévue à l'article L. 331-8-1 comporte notamment les éléments suivants :

1° Les coordonnées de la structure concernée et celles du déclarant ;

2° Les dates de survenue et de constatation du dysfonctionnement ou de l'événement mentionnés à l'article L. 331-8-1 précité qui est signalé ; »

Toutefois, lors de la transmission par l'ARS à la HAS des déclarations d'événements indésirables, le formulaire doit être anonymisé, aussi bien concernant le ou les patients et professionnels concernés que le déclarant (la transmission ne doit comporter ni le nom et prénom du déclarant, ni l'adresse du lieu de survenue de l'événement).

Par ailleurs, la CADA a eu l'occasion de rappeler l'importance de l'anonymisation : **« l'anonymisation exige de supprimer toute information permettant d'identifier directement ou indirectement soit le patient (nom, prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, numéro dit NIR ou NIP attribué par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) ainsi que l'auteur du signalement ou le personnel auxiliaire associé (notamment nom, prénom, fonctions, numéro de téléphone, courriel, matricule) ».**

En somme, l'anonymisation des déclarants est tout de même assurée préalablement à transmission à la HAS, « afin de constituer un recueil national des EIGS et d'élaborer un bilan annuel des déclarations accompagné de préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients ».

➤ Sur l'accès des représentants du personnel aux EIGS

La loi, le règlement et la jurisprudence ne prévoient aucune disposition relative à l'accès par les représentants du personnel directement aux événements indésirables.

En revanche, le CASF précise que **le directeur de l'établissement communique au conseil de la vie sociale** de l'établissement (ou les groupes d'expression prévus à l'article D. 311-21 du CASF) les dysfonctionnements et événements indésirables qui affectent l'organisation ou le fonctionnement de la structure. Le conseil de la vie sociale de l'établissement comprend notamment au moins « *un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service* ».

Par conséquent, bien que l'accès direct aux déclarations des EIGS ne soit pas prévu par les textes, au moins un représentant du personnel (membre du conseil de la vie sociale) pourra être avisé des dysfonctionnements graves.

CONCLUSION

Les déclarations d'EIGS doivent faire l'objet d'une anonymisation des patients et du personnel déclarant. Attention, dans un souci de pratique de traçabilité, la déclaration doit contenir les coordonnées du déclarant.

En revanche, l'anonymisation est tout de même assurée in fine lors de la transmission par l'ARS à la HAS pour que le recueil national des EIGS.

Enfin, aucune disposition légale ne permet aux représentants du personnel de bénéficier d'un accès aux déclarations. Cependant, par le biais du conseil de la vie sociale de l'établissement, au moins un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service sera avisé des dysfonctionnements et événements affectant l'organisation ou le fonctionnement de l'EHPAD.

LA DEMANDE INITIALE

Dans le cadre de la mise au point du plan SSE (situations sanitaires exceptionnelles) dans un hôpital, il est demandé de disposer des coordonnées des agents en cas de déclenchement.

- Dans quelle mesure l'établissement peut-il exiger des agents qu'ils transmettent leurs coordonnées personnelles pour la mise en oeuvre du plan Blanc ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)**, articles L.3131-7 et R. 3131-4 ;
- **Circulaire DHOS/HFD n° 2002/284 du 3 mai 2002** relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes ;
- **Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006** relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

De manière générale, il convient de souligner qu'aucun texte ni aucun principe n'interdit à l'employeur public de communiquer avec un agent par le biais de ses coordonnées personnelles (adresse postale, moyens de télécommunication comme le téléphone ou le courriel...).

Ce raisonnement doit toutefois être tempéré à la lumière de certains droits visant à protéger les agents.

Tout d'abord, il convient de rappeler qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'impose à un agent de fournir à son employeur son numéro de téléphone privé ou son mail personnel.

La transmission des données personnelles étant protégée par la loi, une telle communication ne peut en principe être effectuée **qu'à titre volontaire**.

Cette situation avait déjà été affirmée, de longue date pour les personnels hospitaliers, certains établissements exigeant la communication des coordonnées téléphoniques à titre confidentiel (en invoquant le fait que l'agent peut être sollicité en cas de besoin urgent), parfois à peine de sanctions :

« Aucune disposition réglementaire ne permet d'obliger les autres catégories d'agents [autres que ceux logés par nécessité de service ou effectuant des astreintes, dont le numéro est obligatoirement connu de l'établissement employeur] à communiquer à leur employeur le numéro de téléphone de leur domicile personnel. Une telle communication ne peut être effectuée qu'à titre volontaire. »

Ainsi, **exception faite du cas spécifique des astreintes, et en dehors du temps de travail effectif** (qui s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles), **les agents publics ne sont pas contraints d'être joignables en permanence.**

C'est la raison pour laquelle la jurisprudence a également considéré qu'un agent, en repos ou en congé régulièrement accordé, ne peut en principe être contraint de revenir travailler et faire l'objet d'une sanction en cas de refus.

D'ailleurs, la seule circonstance que le numéro de téléphone personnel d'un agent soit connu de sa hiérarchie (ce qui lui donnerait la possibilité de le joindre en dehors des horaires réguliers du service) ne suffit pas à assimiler cette situation à une astreinte pour l'agent concerné.

Enfin, au prisme du RGPD, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a considéré que, dans la fonction publique, « *l'utilisation de certaines données personnelles (notamment le numéro de téléphone ou l'adresse e-mail personnels) des agents issus du cadre privé à des fins professionnelles [...] est disproportionnée* ».

➤ **Quid du droit à la déconnexion des agents publics ?**

Initialement reconnu par la jurisprudence, le droit à la déconnexion a été codifié par la Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 au profit des salariés de droit privé.

Concernant le secteur public en revanche, **aucun droit à la déconnexion n'est expressément consacré dans le statut général de la fonction publique.**

NOTA BENE : dans le cadre de l'examen de la Loi « TFP », le Parlement a en effet refusé d'inscrire le droit à la déconnexion dans les statuts, en raison des enjeux afférents au service public et à la continuité de celui-ci.

Ce droit est repris dans les dispositions propres aux comités sociaux d'établissement (CSE). Pour les établissements sanitaires et médico-sociaux de la FPH, cette instance est compétente pour la protection des travailleurs, notamment au titre des « *enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques* ».

Par ailleurs, une Circulaire du 8 juillet 2013 sensibilisait déjà les employeurs publics à tenir compte des impacts liés aux technologies de l'information et de la communication sur les conditions d'exercice des fonctions et sur la vie personnelle, via des chartes de temps.

Ce droit à la déconnexion a ensuite été réaffirmé par une Circulaire inter-fonctions publiques du 31 mars 2017 précisant que :

« Les chartes doivent permettre une meilleure prise en compte des impacts liés aux technologies de l'information et de la communication sur les conditions d'exercice des fonctions et sur la vie personnelle et préciser les modalités de mise en oeuvre du droit à la déconnexion. »

En effet, une Circulaire du 3 mai 2002 rappelle que « *dans la perspective d'un rappel du personnel, notamment en cas de catastrophe nocturne ou durant des jours fériés, une procédure téléphonique doit être prévue sur la base d'un message préétabli et simple* ». Une procédure reposant sur une démultiplication des appels semble la mieux adaptée pour toucher rapidement le personnel nécessaire.

Afin de permettre ce rappel téléphonique, les listes des coordonnées ne doivent être communiquées qu'aux personnes appelées à en connaître. Chaque établissement arrête

le lieu de dépôt de cette liste et fixe les modalités permettant à tout moment à la cellule de crise et au standard d'en prendre connaissance.

*Les personnels inscrits sur la « liste rouge » des abonnés du téléphone, **ne sont pas tenus réglementairement de communiquer leur numéro de téléphone. Toutefois, les conditions relatives à l'obligation de service légitiment la communication de cette information à l'établissement.** Afin de concilier le caractère confidentiel de données personnelles et la possibilité d'être joint en cas de rappel, ces listes sont placées sous enveloppe scellée, à n'ouvrir que sur ordre du directeur. Le responsable de l'actualisation de ces listes est identifié et le protocole y afférent rigoureusement défini. Le rythme de mise à jour est semestriel ».*
Le principe de transmission des coordonnées téléphoniques privées dans le cadre du plan Blanc peut aussi être transposé à l'usage de l'adresse email personnelle des agents.

*Le Guide du plan Blanc, annexé à la Circulaire du 14 septembre 2006, reprend en substance cette obligation : « **les personnels sur liste rouge [susceptibles d'être rappelés en application du plan Blanc] sont tenus de communiquer leur numéro de téléphone à la direction** ».*

Ce texte ajoute que l'établissement doit prévoir « **la mise à jour au moins annuelle des numéros** de téléphone des professionnels susceptibles d'être rappelés et l'organisation du plan de maintien et de rappels gradués des personnels ».

Y sont aussi détaillés des éléments de méthode pour le rappel des agents, notamment pour la mise à jour des listes de téléphone : fréquence des mises à jour n'excédant pas le semestre, et mise sous enveloppe fermée (servant à ce seul effet) du téléphone fixe et portable de chaque professionnel.

CONCLUSION

OUI, il est donc possible pour l'établissement employeur d'exiger des agents la communication de leurs coordonnées personnelles pour la mise en oeuvre du plan Blanc. Les exigences particulières afférentes à ce dispositif de crise le justifient, avec - en contrepartie - une mise sous scellé de ces données pour qu'elles ne puissent être utilisées qu'en cas d'activation du plan.

LA DEMANDE INITIALE

Dans le cadre de l'embauche de salariés, un établissement demande une copie du carnet de santé avec les vaccins et envisage de demander un certificat médical de l'état des vaccins obligatoires à jour.

- Ces pièces à fournir sont-elles obligatoires pour la conclusion d'un contrat ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)**, articles L. 1110-4, L. 3111-4, L. 3111-5, L. 3112-1, D. 31116, R. 3116-1, R. 3116-2 ;
- **Code du travail (CT)** : articles R. 4623 et R. 4626-25 ;
- **Décret n° 2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111** du code de la santé publique relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code ;
- **Décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020** relatif à l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde des personnes exerçant une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale ;
- **Arrêté du 2 août 2013** fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique ;
- **Arrêté du 2 mars 2017** suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique ;
- **Arrêté du 22 février 2018 abrogeant l'arrêté du 2 mars 2017** suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

➤ La réglementation applicable aux vaccinations obligatoires en établissement de santé

Les vaccinations dites obligatoires sont forcément prévues par la Loi.

Le premier alinéa de l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique prévoit qu'« *une personne qui, dans un **établissement ou organisme public ou privé** de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre **l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe*** ». Toutefois, depuis le Décret n°2006-2 1260, l'obligation vaccinale contre la grippe est suspendue. L'obligation de vaccination par le BCG est quant à elle prévue à l'article L. 3112-1 du Code de la santé publique.

Toute vaccination obligatoire doit faire l'objet, de la part du médecin ou de la sage-femme qui l'a effectuée, d'une **déclaration et si la personne vaccinée dispose d'un carnet de santé, mention de la vaccination doit y être portée.**

➤ La preuve de la vaccination et le contrôle de la preuve vaccinale à l'embauche

L'article 1^{er} de l'Arrêté du 2 août 2013 précise que les personnes exerçant leur activité dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins mentionnés dans l'Arrêté du 15 mars 1991 **doivent apporter la preuve de leur immunisation au moment de leur entrée en fonction**. A défaut, elles **ne peuvent exercer dans l'établissement une activité les exposant à un risque de contamination** (en vertu notamment de l'obligation de santé et sécurité de l'employeur).

Par ailleurs, le fait d'exercer une activité professionnelle sans être immunisé contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^{ème} classe pouvant aller jusqu'à 1 500 euros.

La Circulaire du 26 avril 1998 indique qu'il s'agit d'une **obligation individuelle du salarié**, « obligation **de nature contractuelle** et susceptible, si elle n'est pas acceptée, d'entraîner un changement d'affectation, voire une rupture de contrat en cas de non possibilité d'affectation ».

Concernant cette preuve vaccinale, l'article 3 de l'Arrêté du 2 août 2013 indique que :

- La preuve de l'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la fièvre typhoïde est apportée par la présentation **d'une attestation médicale de vaccination** précisant la dénomination des spécialités vaccinales utilisées, les numéros de lots ainsi que les doses et les dates des injections.
- La preuve de l'immunisation contre l'hépatite B est apportée par la **présentation d'une attestation médicale** (établie dans les conditions définies en annexes I et II de l'Arrêté).

Pour les établissements de santé, les dispositions légales prévoient que **c'est au médecin du travail de veiller, sous la responsabilité du chef d'établissement**, à l'application des dispositions du Code de la santé publique sur les vaccinations obligatoires.

Pour les établissements de santé privés, il n'y a pas de disposition analogue. C'est donc par principe **l'employeur qui a vocation à contrôler la preuve des vaccins**. Toutefois, le cas échéant, le médecin du travail reste chargé d'apprécier individuellement l'exposition au risque de contamination de ces personnes en fonction des caractéristiques du poste occupé par celles-ci.

CONCLUSION

Dans le cadre de l'embauche de salariés, ceux-ci ont l'obligation d'apporter la preuve de leur vaccination contre les maladies précitées, dès leur entrée en fonction. L'établissement est donc en droit de leur demander ces pièces lors de la conclusion du contrat de travail.

Lors de leur vaccination, les personnes reçoivent souvent une attestation médicale. Ce document suffit à prouver la vaccination et vaut certificat de vaccination.

Enfin, à titre informatif, il convient d'indiquer que la Haute Autorité de Santé est actuellement en réflexion concernant les obligations vaccinales des professionnels de santé et a récemment publié le 1^{er} volet de ses travaux, adressé aux décideurs publics.

LA DEMANDE INITIALE

Lorsqu'un établissement a de nouveau instauré le port obligatoire du masque au sein de ses locaux (sanitaires) pour les professionnels, patients, consultants et visiteurs, est-il tenu de fournir à ses patients, consultants et visiteurs un masque ? Si oui, sur quelles bases légales ?

A défaut, s'ils n'ont pas leur propre masque, l'établissement peut-il interdire l'entrée aux personnes s'il n'en fournit pas ? La question se pose notamment par rapport aux coûts que cela représente.



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code du travail (CT)** : articles L. 4111-1 à L. 4831-1 ;
- **Code de la santé publique (CSP)** : articles R. 1112-40 à R. 1112-55 ;
- **Arrêté du 1er juin 2021** prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

La Loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 a mis fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie de Covid. Cependant le port du masque peut rester obligatoire dans certaines hypothèses.

En effet, l'article 9 de l'Arrêté du 1er juin 2021 indique que dans **les services et établissements de santé notamment, le responsable de l'établissement ou du service peut rendre obligatoire le port d'un masque de protection pour les personnes d'au moins 6 ans**. Ce dernier détermine l'étendue et la durée de cette obligation le cas échéant.

Les lieux de soins étant des lieux accueillant les publics les plus fragiles ou susceptibles de développer des formes graves de la Covid-19, cette possibilité est recommandée comme l'indiquait déjà la Direction Générale de la Santé :

« Les chefs d'établissement conservent la faculté de rendre obligatoire le port d'un masque de protection pour les personnes d'au moins 6 ans (...) le Ministre de la Santé et de la Prévention recommande fortement aux directeurs d'établissements de rendre le port du masque obligatoire dans la période, sauf situation particulière. ».

Ainsi, lorsque le port du masque est rendu obligatoire dans l'établissement de santé, **l'accès aux locaux peut logiquement être refusé à toute personne qui méconnaît cette obligation**.

Par ailleurs, en matière de santé et de sécurité au travail, la fonction publique hospitalière est soumise à l'ensemble de la quatrième partie du Code du travail.

À ce titre, l'employeur public a l'obligation de prendre les mesures nécessaires **pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses agents**, ce qui se traduit

notamment par la mise en place d'actions de prévention.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

Ainsi, dans le cas où l'établissement décide de rendre le port du masque obligatoire, il doit mettre à disposition de ses agents un nombre de masques suffisant pour chacun d'eux. Il s'agit d'équipement de protection que l'employeur doit fournir au personnel et qui ne doivent entraîner aucune charge financière pour ces derniers.

À l'égard des patients cette fois, l'établissement de santé est débiteur d'une obligation de sécurité envers les usagers lors des soins. La fourniture de masque aux usagers pourrait légitimement être perçue comme une mesure de précaution permettant de satisfaire à cette obligation.

Néanmoins, aucune base légale précise n'encadre explicitement la fourniture de masque et aucun texte n'impose expressément à l'établissement de santé de mettre des masques à disposition des patients, visiteurs ou consultants lorsque leur port a été rendu obligatoire.

De ce fait, il apparaît qu'aucune obligation légale de fourniture de masques vis-à-vis des tiers ne pèse sur l'établissement.

Enfin, il convient de rappeler que, lors de leurs séjours, les patients sont tenus au respect de certaines règles internes de fonctionnement.

En effet, la législation impose aux patients et visiteurs de ne pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services (par exemple en ne portant pas de masque malgré l'obligation). Lorsque ces derniers ne se conforment pas aux règles internes de fonctionnement de l'établissement, une expulsion peut être décidée par le directeur.

Attention toutefois car, à notre sens, la fourniture gratuite de masque aux patients reste à envisager au cas par cas compte tenu des missions imparties à l'établissement de santé.

À titre d'exemple, un patient admis au service des urgences n'a pas nécessairement pu être informé en amont de l'obligation de porter un masque et peut donc ne pas avoir pu prendre ses dispositions en conséquence. Dans ce cas, lui refuser l'accès locaux et la prise en charge au seul motif qu'il ne dispose pas de masque et que l'établissement ne lui en fournit pas apparaîtrait plus que délicat, et pourrait même s'analyser comme une faute de l'établissement.

En définitive, il ne semble pas y avoir d'obligation légale pour l'établissement de santé de fournir des masques aux patients, visiteurs ou consultants. Force est cependant de constater que l'appréciation de la fourniture de ce moyen de protection doit davantage se faire au cas par cas.

CONCLUSION

Le responsable d'un établissement de santé ou d'un service peut rendre obligatoire le port du masque de protection aux personnes d'au moins 6 ans. Il détermine l'étendue et la durée de cette obligation.

Dans ce cas, l'établissement de santé - en tant qu'employeur - doit fournir suffisamment de masques à tous les agents concernés sur la base de son obligation en matière de santé et sécurité au travail.

En revanche, aucun texte n'encadre expressément la fourniture de masques aux tiers (patients, visiteurs, consultants). De ce fait, l'établissement ne semble soumis à aucune obligation d'en fournir à ces derniers. Toutefois leur fourniture gratuite aux patients reste à envisager au cas par cas. En effet, refuser l'accès aux locaux à un patient au seul prétexte qu'il ne dispose pas de masque et que l'établissement n'en fournit pas reste juridiquement périlleux.

LA DEMANDE INITIALE

S'agissant du contrôle et de la maintenance des défibrillateurs semi-automatiques (DAE), un établissement réalise :

- Une maintenance annuelle des DAE pour les services techniques et société externe,
 - Un contrôle visuel journalier de la coche verte (état de marche) avec traçabilité par les soignants,
 - Un contrôle mensuel et/ou après utilisation du DAE (état de marche, électrodes etc.) avec traçabilité par les soignants.
- Le contrôle visuel journalier concernant l'état de marche du DAE avec traçabilité est-il suffisant ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Règlement (UE) 2017/745 du parlement européen et du conseil du 5 avril 2017** relatif aux dispositifs médicaux modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/ CEE ;
- **Loi n° 2018-527 du 28 juin 2018** relative au défibrillateur cardiaque ;
- **Code de la santé publique**, articles L.5211-1 à L.5214-2 ;
- **Décret n° 2018-1186 du 19 décembre 2018** relatif aux défibrillateurs automatisés externes ;
- **Arrêté du 29 octobre 2019** relatif aux défibrillateurs automatisés externes et à leurs modalités de signalisation dans les lieux publics et les établissements recevant du public ;
- **Code de la santé publique**, articles R5211-5, R5212-25, R5212-28, R52211-5 ;
- **Code de la construction et de l'habitation**, articles R157-1, R157-4 ;
- **Note d'information DGS/VSS/DGOS/DGSCGC/DS/2019** du 12 décembre 2019 relative aux défibrillateurs automatisés externes ;
- **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), Gestion des défibrillateurs automatisés externes, Fiche Repères, Juin 2014 ;**
- **Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), Dossier thématique « Défibrillateurs cardiaques externes », 21 décembre 2020 et MAJ le 10 juin 2021.**

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Les défibrillateurs automatisés externes (DAE) sont des dispositifs médicaux de classe II B qui peuvent permettre la réanimation de victimes d'arrêt cardiaque.

Il existe deux types de DAE :

- Les défibrillateurs semi-automatiques : le choc est délivré lorsque l'utilisateur appuie sur un bouton à la demande de l'appareil ;
- Les défibrillateurs pleinement automatiques : le choc est délivré directement par l'appareil, sans intervention de l'utilisateur.

Le Décret du 19 décembre 2018 relatif aux défibrillateurs automatisés externes , pris en application de la Loi du 28 juin 2018 relative au défibrillateur cardiaque, définit les établissements recevant du public (ERP) qui sont soumis à l'obligation de détenir un DAE.

Aux termes de l'article R157-1 du Code de la construction et de l'habitation, sont notamment tenus de détenir un DAE, les ERP de catégorie 5 au sein desquels figurent les établissements de soins .

Les acquéreurs des DAE, assurant la responsabilité juridique de l'activité requérant l'utilisation du DAE ou rendant cet appareil accessible aux tiers, sont appelés les exploitants au sens de l'article R5211-5 du Code de la santé publique.

Pour ces exploitants, il existe principalement trois obligations :

- **Une obligation de signalétique** : l'exploitant doit apposer une signalétique visible à proximité du DAE. Elle permet à tout témoin d'un arrêt cardiaque de s'orienter rapidement vers le DAE le plus proche ;
- **Une obligation de déclaration** : l'exploitant doit déclarer les informations relatives à l'accessibilité et à la localisation des DAE au sein d'une base de données nationale ;
- **Une obligation de maintenance du DAE** : l'exploitant doit s'assurer de la maintenance de son DAE.

Cette dernière obligation appelle plusieurs observations.

➤ **Obligation de maintenance du DAE**

Le Code de la construction et de l'habitation ainsi que le Code de la santé publique prévoient que l'exploitant du DAE veille à la mise en oeuvre de la maintenance du défibrillateur et de ses accessoires et des contrôles de qualité prévus pour les dispositifs médicaux qu'il exploite.

La maintenance d'un dispositif médical est définie par le Code de la santé publique comme « *l'ensemble des activités destinées à maintenir ou à rétablir un dispositif médical dans un état ou dans des conditions données de sûreté de fonctionnement pour accomplir une fonction requise* » .

La maintenance est réalisée soit par le fabricant ou sous sa responsabilité, soit par un fournisseur de tierce maintenance, soit par l'exploitant lui-même. Les conditions de réalisation de la maintenance sont fixées contractuellement, s'il y a lieu, entre le fabricant ou le fournisseur de tierce maintenance et l'exploitant.

Les opérations de maintenance du DAE doivent être conduites selon les préconisations du fabricant. Ces préconisations sont expressément décrites dans la notice d'utilisation de chaque DAE.

En effet, le règlement du parlement européen et du conseil relatif aux dispositifs médicaux indique que les instructions du fabricant concernant la maintenance doivent figurer sur l'étiquette et la notice d'utilisation fournie avec le dispositif médical lors de sa mise sur le marché.

Il convient d'être vigilant alors que les préconisations de maintenance ainsi que la périodicité de changement des consommables du DAE varient d'un fabricant à un autre. Dès lors, il est important, pour chaque marque de DAE, de se référer aux recommandations du fabricant.

À ce titre, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) met à disposition des professionnels les coordonnées des services clients de chaque fabricant ou de leurs représentants.

En tout état de cause, l'exploitant est tenu de mettre en oeuvre au sein de son établissement

une organisation destinée à s'assurer de l'exécution de la maintenance dont il précise les modalités et qui sont transcrites dans un document. Dans les établissements de santé, cette organisation doit être adoptée après avis des instances médicales consultatives.

➤ Contrôles périodiques du DAE

Outre l'obligation légale de maintenance dont les modalités sont précisées par chaque fabricant, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), dans le cadre de ses missions de surveillance des dispositifs médicaux, publie des recommandations de bonne pratique à destination des exploitants de DAE. Tel est le cas pour les contrôles périodiques du DAE.

L'ANSM insiste sur l'importance des contrôles périodiques afin d'assurer **la fonctionnalité permanente des appareils** ainsi que leur maintien en bon état de marche.

Elle ne définit toutefois pas la périodicité exacte de ces contrôles de sorte que cette question doit faire l'objet d'une organisation interne à chaque établissement. Les fabricants peuvent également émettre des recommandations concernant les contrôles périodiques au sein des notices d'utilisation.

Dans ce cadre, l'exploitant peut désigner une personne responsable de la gestion de l'appareil. Cette dernière organise alors le contrôle périodique de l'appareil et peut également être désignée pour l'organisation de la maintenance de l'appareil (comme expliqué ci-dessus).

Les coordonnées de la personne responsable de la gestion de l'appareil doivent être indiquées à proximité immédiate de chaque DAE afin que cette dernière puisse être facilement joignable.

Les opérations de contrôle peuvent être consignées dans un « *carnet de vie* » du DAE, lequel comprend plusieurs informations : date de réalisation et type de vérification effectuée, personne ayant effectué le contrôle, remplacement des électrodes, de la batterie...

Plus précisément, l'ANSM indique que trois éléments sont à vérifier périodiquement :

- Le témoin d'auto-test (voyant lumineux) qui permet d'indiquer si le DAE est fonctionnel;
- L'état des électrodes et de la batterie qui disposent chacune d'une date de péremption;
- L'état extérieur du DAE. Tout élément endommagé doit être remplacé.

En cas de défaillance détectée lors d'un contrôle, la personne expressément désignée comme étant le gestionnaire doit se référer à la notice d'utilisation délivrée par le fabricant et/ou le fournisseur afin de suivre la procédure décrite.

CONCLUSION

L'obligation de maintenance des dispositifs médicaux est réglementée par le Code de la santé publique et doit faire l'objet de précisions dans les notices d'utilisation fournies par les fabricants. **La maintenance peut être réalisée par l'exploitant lui-même, le fabricant ou un fournisseur de tierce maintenance. Les modalités de cette maintenance sont fixées contractuellement.**

Concernant les contrôles périodiques des dispositifs médicaux, seules des recommandations de bonne pratique sont publiées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Si cette dernière ne fixe pas la périodicité exacte des contrôles, elle indique toutefois que trois éléments essentiels sont à vérifier périodiquement : le témoin d'auto-test, l'état des électrodes et de la batterie ainsi que l'état extérieur du dispositif médical.

Ces contrôles peuvent être effectués par une personne responsable de la gestion de l'appareil et sont tracés dans le « *carnet de vie* » du DAE.

En conséquence, il n'existe pas d'obligation légale ou réglementaire de tracer quotidiennement l'état de marche des DAE. Pour autant, des contrôles périodiques sont vivement recommandés.



03. **Organisation interne**

- 01** Demande de financement d'une formation relative au CSE et obligations de l'établissement
- 02** Expression du vote et/ou du consentement de déments et personnes sous tutelle dans le cadre des élections du CVS d'un EHPAD
- 03** Élection d'un référent laïcité et d'un référent radicalisation dans un établissement privé à but non lucratif
- 04** Installation d'une caméra dans la chambre d'un patient dans un EPHAD à la demande de la famille
- 05** Réquisition d'une chambre mortuaire par les forces de l'ordre

LA DEMANDE INITIALE

Des représentants syndicaux élus demandent à un établissement le financement d'une formation de 5 jours relative au CSE et F3SCT.

- L'établissement est-il dans l'obligation d'y répondre favorablement quel que soit le nombre de personnes (titulaires et suppléants) et le montant demandé ?
- L'enveloppe destinée à cette formation doit-elle être intégrée ou pas au plan de formation de l'établissement ou bien est-ce du hors plan ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code du travail (CT)**, articles R. 2315-9, R. 2315-11, R. 2315-21 ;
- **Code général de la fonction publique (CGFP)**, articles L. 214-1 et L. 214-2 ;
- **Décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021** relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médicosociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public, article 75

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Conformément à l'article 75 du Décret n° 2021-1570, les représentants élus bénéficient de droits à la formation pour assurer leur mandat :

- **Membres du CSE siégeant en FS** : peuvent bénéficier d'une formation portant sur les compétences du CSE d'une durée minimale de 5 jours au cours de leur mandat et d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de 5 jours, soit un droit de formation de 10 jours.
- **Membres du CSE ne siégeant pas en FS** : peuvent bénéficier d'une formation d'une durée minimale de 5 jours sur les compétences du CSE et d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée 3 jours minimale, soit un droit de formation de 8 jours.
- **Membres des FS non issus du CSE** : peuvent bénéficier d'une formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail d'une durée minimale de 5 jours.

Le congé pour formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail prévu au 7° bis de

l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 ne peut être accordé qu'aux membres du CSE siégeant en FS.

S'agissant de la procédure, l'agent adresse sa demande de congé de formation par écrit à l'autorité compétente au moins un mois avant le début de la formation.

La demande précise :

- la date à laquelle l'agent souhaite prendre son congé ;

- le descriptif ;
- le coût de la formation ;
- le nom et l'adresse de l'organisme de formation choisis par l'agent.

Les organismes chargés d'assurer la formation sont :

- soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1er du Décret n° 88-676 du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière ;
- soit les organismes figurant sur la liste mentionnée à l'article R.2315-8 du Code du travail, c'est-à-dire la liste des organismes de formation arrêtée par le préfet de région après avis du comité régional de l'emploi, de la formation de l'orientation professionnelle

À noter que de façon générale, les dépenses relatives à la rémunération des organismes de formation sont prises en charge dans les conditions fixées par l'article R. 2315-21 du Code du travail qui précise que : « Les dépenses afférentes à la rémunération des organismes de formation **sont prises en charge par l'employeur, à concurrence d'un montant qui ne peut dépasser, par jour et par stagiaire, l'équivalent de trente-six fois le montant horaire du salaire minimum de croissance**».

Le bénéfice de ce congé ne peut être refusé que si les nécessités du service s'y opposent. Le refus doit être motivé. L'autorité saisie est tenue de répondre à la demande de l'agent au plus tard le 15e jour qui précède le début de la formation sollicitée.

L'employeur prend en charge les frais de formation, de déplacement et de séjour des agents en formation :

- **Les frais de formation sont plafonnés par jour et par stagiaire à l'équivalent de 36 fois le montant du SMIC ;**
- Les frais de déplacement et de séjour sont ceux pris en charge dans les conditions des frais de déplacement des agents civils de l'Etat ;
- **Les dépenses prises en charge par l'établissement ou par le GCS de moyens de droit public au titre de la formation des représentants du personnel à la FS ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le Décret n° 2008-824 du 21 août 2008.**

CONCLUSION

En matière de formation des représentants du personnel, il convient de distinguer les formations pour :

- Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants, du comité social d'établissement (CSE) ;
- Les représentants du personnel, membres titulaires et suppléants, des formations spécialisées en matière de santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT), ou du comité en l'absence de formation spécialisée.

La réglementation prévoit que l'agent, représentant du personnel à la F3SCT ou au CSE en l'absence de cette formation spécialisée, peut choisir la formation et l'organisme qui assure celle-ci uniquement lorsqu'il demande à bénéficier d'un congé pour formation en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail prévu à l'article L.214-1 du Code général de la fonction publique.

Par conséquent, cela suppose qu'en dehors de ce contexte, l'employeur n'est pas tenu de sélectionner l'organisme de formation plébiscité par le représentant du personnel.

En tout état de cause, les dépenses relatives à la rémunération des organismes de formation sont plafonnées par la réglementation.

Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de la formation des représentants du personnel à la formation spécialisée ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le Décret n° 2008-824.

LA DEMANDE INITIALE

Dans le cadre des élections du CVS d'un EHPAD, l'établissement a deux cas particuliers, concernant les déments et les personnes sous tutelle, dans le cadre de l'expression de leur vote et/ou de leur consentement de façon plus générale.

- Est-ce que leurs tuteurs doivent participer au vote pour élire un représentant des résidents, même si le tuteur n'est pas résident lui-même ?
- Est-ce que leur trouble du discernement les exclut du vote ?
- Est-ce que cela reste éthique, si justifié par condition médicale diagnostiquée ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)**, articles L.311-6 et D.311-3 à D.311-32-1;
- **Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022** portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

La refonte effectuée par le Décret n° 2022-688 relatif au conseil de la vie sociale (CVS) fait suite aux mesures prises dans les établissements pendant la crise sanitaire, avec une volonté politique de donner davantage la parole aux personnes et à leurs proches.

La plupart des dispositions renvoient au règlement intérieur qui est défini au niveau de l'établissement.

Il est devenu le document fondamental en vue de la mise en oeuvre des CVS puisqu'il détermine précisément :

- la composition ;
- le fonctionnement de l'instance ;
- les modalités de renouvellement des membres.

En priorité, les membres du CVS sont, selon l'article D.311-5 du CASF, les représentants des personnes accompagnées, du personnel de l'établissement et de la direction de l'organisme gestionnaire, qui constitue ainsi un socle de 4 membres.

Ce texte poursuit et précise que si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

- 1 représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L.312-1 du CASF ;
- 1 représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;
- 1 représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;

- 1 représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 du CASF ;
- 1 représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;
- le médecin coordonnateur de l'établissement ;
- 1 représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

La disposition vise le terme « représentant » sans apporter de précisions particulières.

Sur l'éligibilité, l'article D.311-11 du CASF précise que sont éligibles :

- Pour représenter les personnes accompagnées, toute personne âgée de plus de onze ans ;
- Pour représenter les familles, tout parent, même allié, d'un bénéficiaire, jusqu'au quatrième degré, toute personne disposant de l'autorité parentale, tout représentant légal, toute personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation.

Dans le cas où la représentation des personnes accompagnées ne peut être assurée, au maximum 2 représentants de groupements de personnes accompagnées sont éligibles pour les représenter. La participation des personnes accompagnées est systématiquement recherchée.

Le CVS fait l'objet d'un cadre juridique relativement succinct et le législateur renvoie aux établissements le soin de déterminer une grande partie de l'organisation interne de cette instance via le règlement intérieur.

Concernant le vote pour l'élection des représentants des familles, il vous revient de fixer ces conditions d'organisation.

Au regard de la réglementation actuelle, il est possible que les tuteurs participent au vote pour élire un représentant des résidents, même si le tuteur n'est pas résident lui-même. Les cas spécifiques étudiés, démence et mise sous tutelle, ne font pas l'objet d'aucune exclusion. Des dispositions spécifiques peuvent être prévues à cet effet dans le règlement intérieur notamment concernant le processus électoral.

LA DEMANDE INITIALE

Un établissement privé à but non lucratif est-il dans l'obligation de désigner un référent laïcité ainsi qu'un référent radicalisation ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Loi n° 2021-1109 du 24 août 2021** confortant le respect des principes de la République ;
- **Code général de la fonction publique (CGFP)** : article L. 121-2 ;
- **Décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021** relatif au référent laïcité dans la fonction publique ;
- **Circulaire du 13 mai 2016** relative à la prévention de la radicalisation ;
- **Circulaire du 15 mars 2017** relative au respect du principe de laïcité dans la fonction publique ;
- **Guide interministériel de prévention de la radicalisation, 2016 ;**
- Rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé, 2022.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

A titre liminaire, il est nécessaire de rappeler que la laïcité a été reconnue comme principe à valeur constitutionnelle par les Constitutions de 1946 et de 1958, et fut érigée au rang de principe fondamental établi par les lois de la République française.

Un tel principe impose ainsi **une obligation de neutralité de l'Etat et des services publics**, sans pour autant porter atteinte à la liberté de conscience des usagers. Il s'agit dans ce cadre d'assurer un équilibre entre le principe de neutralité auquel sont tenus les agents publics et du principe de continuité du service public avec la liberté des usagers.

A ce titre, le Décret n° 2021-1802 du 23 décembre 2021 institue **qu'un référent laïcité soit désigné par chaque administration de l'État, collectivité territoriale ou établissement public**, chargé d'apporter tout conseil utile au respect du principe de laïcité à tout fonctionnaire ou chef de service qui le consulte. Ce décret détermine les missions, les modalités et les critères de désignation de ce référent.

De même, la Circulaire du 13 mai 2016 **oblige chaque service de l'Etat de désigner un référent pour la prévention de la radicalisation**, ayant vocation à être l'interlocuteur des services préfectoraux et de l'autorité judiciaire. Ce dernier a pour mission de mettre en oeuvre les recommandations énoncées par les fiches pratiques du Guide interministériel de prévention de la radicalisation et du rapport sur la prévention et la lutte contre la radicalisation des agents exerçant au sein des établissements de santé.

En tout état de cause, les établissements de santé et médicaux sociaux privés à but non lucratif ne sont pas légalement tenus de désigner un référent laïcité - radicalisation.

Néanmoins, la question de la laïcité et de la prévention de la radicalisation peut être abordée, au titre de l'obligation de sécurité de moyen à laquelle est tenue l'établissement, dans le cadre des politiques internes, notamment au sein du règlement intérieur, par l'instauration d'une « *charte laïcité* », ou encore par la mise en oeuvre d'une sensibilisation à la radicalisation des salariés travaillant au sein de l'établissement.

LA DEMANDE INITIALE

En EHPAD, si une famille souhaite installer une caméra dans la chambre de son proche, est-il possible pour le directeur de l'établissement de refuser cette demande ?

S'il n'est pas possible de refuser, quelle est la réglementation qui encadre l'installation d'une caméra dans une chambre d'EHPAD ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Code civil (CC), article 9 ;
- Code général de la fonction publique (CGFP), article L.121-10 ;
- Code pénal (CP), articles 226-1, 226-18 et 226-21 ;
- Code du travail (CT), articles L.1121-1, L.1222-4 et L.2312-38.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

➤ Statut juridique de la chambre du résident

La jurisprudence va parfois jusqu'à **assimiler la chambre du patient ou résident à un domicile protégé** (pour caractériser l'infraction pénale de violation de domicile). Cependant, le domicile est une notion à géométrie variable, qui fait l'objet d'une multiplicité de définitions selon la réglementation concernée (droit privé, pénal, fiscal, droit de la sécurité sociale...).

En réalité, **la chambre de l'utilisateur se définit davantage comme un espace ou lieu de vie privé, plutôt que comme un véritable domicile**, dont l'occupant aurait l'entière disposition.

La jurisprudence tend ainsi à exclure que le résident puisse se prévaloir d'un véritable domicile, dans la mesure où **l'établissement médico-social conserve un pouvoir de contrôle et de police sur les lieux, leur utilisation, leur affectation ainsi que sur le comportement de l'utilisateur** (pouvoir qui se matérialise au travers du règlement de fonctionnement de l'établissement et son respect par le résident, à peine de résiliation du contrat de séjour à l'initiative de l'EHPAD).

La jurisprudence « *Chantal Nobel* », qui avait initialement reconnu la chambre du patient comme étant son domicile, préfigurait déjà cette idée en soulignant que **l'intéressé n'a le droit de s'y dire chez lui que « sous la seule réserve des nécessités du service »**.

Dans le secteur médico-social, et bien qu'il intègre des prestations d'hébergement, il y a lieu de rappeler que le contrat de séjour n'est pas un contrat de bail ou de location : il n'est donc pas entièrement possible d'y appliquer la notion de *domicile*.

➤ Recours à la vidéosurveillance par l'utilisateur dans sa chambre

En France, la réglementation ne prévoit pas d'encadrement spécifique de l'usage des systèmes de vidéosurveillance en établissement médico-social. Faute de textes propres au secteur, c'est donc sur le terrain du droit commun qu'il convient de se placer.

Quand bien même la chambre du résident serait vue comme un domicile à part entière, il n'en demeure pas moins que l'utilisation de caméras n'est pas libre à cet égard.

De manière générale, il n'est pas interdit pour un particulier d'installer un dispositif de surveillance vidéo à son domicile (lequel peut d'ailleurs avoir pour but une prévention des effractions ou, pour les personnes vulnérables, une finalité de « télévigilance » visant à faciliter le rôle des aidants, sans nécessairement chercher à contrôler les intervenants extérieurs).

L'utilisateur se place alors sur le terrain du droit commun : les professionnels intervenant à domicile (salariés ou non) jouissent de la protection garantie par le Code du travail.

C'est ce que rappelle notamment la CNIL, spécifiquement pour les professionnels à domicile :

« Si le dispositif est utilisé en dehors de la sphère strictement privée, par exemple parce que des personnes extérieures à la famille ou au cercle amical interviennent au domicile (aide-soignant, nounou, etc.), il faut informer les personnes sur l'existence des caméras et le but poursuivi [...]. Lorsqu'un particulier installe des caméras chez lui alors qu'il emploie, directement ou non, des personnels, les caméras ne devront pas filmer les salariés en permanence pendant l'exercice de leur activité professionnelle. »

Autrement dit, il sera obligatoire pour l'utilisateur ou ses proches d'informer les professionnels de la présence de caméras (ou tout autre dispositif assimilé) et de leur **emplacement**. Une activation continue et globale de ces dispositifs serait également prohibée.

En conséquence, si un résident ou ses proches venaient à faire installer un dispositif de vidéosurveillance dans la chambre d'EHPAD, même avec l'accord de la direction de l'établissement, ils resteraient en tout état de cause tenus d'en avertir les agents (soignants notamment).

Attention il appartient alors aux personnels d'exprimer clairement leur désaccord puisque, si ces actes « ont été accomplis au vu et au su des intéressés sans qu'ils s'y soient opposés, alors qu'ils étaient en mesure de le faire, **le consentement de ceux-ci est présumé** ».

➤ Nécessaire recherche d'un compromis avec l'utilisateur et sa famille

En tout état de cause, il sera impossible de faire intégralement obstacle à la présence de toute caméra (dès lors que leur présence est signalée), même sur la base du droit à l'image.

Pour cette raison, il appartient à la Direction de l'EHPAD de chercher à privilégier et initier le dialogue avec les familles afin de préserver la confiance et prévenir toute escalade vers un conflit.

Une telle démarche aura pour but de **négoier l'utilisation des caméras** - sans les interdire purement et simplement, leur finalité pouvant être légitime - **en mettant en avant l'intérêt des soignants et les droits dont ils disposent** (droit à l'image, exercice des fonctions qui peut s'en trouver perturbé...).

Il s'agira ainsi de convenir d'un moyen de **désactiver la vidéosurveillance le temps des soins** (ou dans une pièce dédiée à ceux-ci, en dehors des autres pièces de vie) **ou, du moins de pouvoir réorienter le dispositif / masquer temporairement son champ** (en veillant à ce que les professionnels remettent la configuration en place, à l'issue de leur prise en charge).

L'intérêt de l'utilisateur lui-même et son consentement sont aussi à mettre en avant. L'intéressé a lui aussi droit au respect de sa vie privée vis-à-vis de son entourage, et pas uniquement vis-à-vis du personnel de la structure (ne serait-ce qu'afin de **préserver sa dignité et l'intimité des soins**). S'y ajoute la confidentialité inhérente au respect du **secret médical**.

Il peut par exemple être convenu et proposé que la caméra serve uniquement au visionnage (flux en direct sans enregistrement) et/ou qu'un cache soit apposé devant la caméra lors des soins.

Certains dispositifs intègrent également des solutions de paramétrage ou un calendrier de fonctionnement qui permettent de désactiver le visuel et/ou de s'assurer que le dispositif n'est pas actif en permanence, sur la durée de l'intervention des professionnels.

CONCLUSION

Il n'existe pas de cadre juridique propre à la vidéosurveillance en EHPAD (du moins, lorsque celle-ci est à l'initiative de l'utilisateur). Les règles juridiques sont celles issues des textes de droit commun.

Bien que la chambre du résident en EHPAD relève de la sphère privée et de l'intimité, elle ne s'assimile pas à domicile proprement dit. Le résident ou sa famille ne sont pas totalement libres d'instaurer une caméra dans la chambre sans prendre en compte la protection du droit à l'image des personnels filmés sur leur lieu de travail et durant l'exercice de leur activité professionnelle.

Aucune disposition n'interdit formellement de mettre en place un tel dispositif dans la chambre. Le dialogue reste donc à privilégier (d'autant qu'une telle situation traduit généralement une rupture dans la relation de confiance et questionne donc le maintien dans la structure) car l'établissement ne peut pas s'y opposer (d'où l'intérêt de tracer ces éléments au règlement de fonctionnement ou au contrat de séjour, afin de pouvoir signaler aux usagers et leurs proches quand ils se trouvent en violation des obligations d'accueil dans la structure).

Si un tel système venait malgré tout à être mis en place, soit parce que la Direction l'a autorisé, soit parce qu'elle n'a pas pu mener un dialogue avec la famille visant au retrait ou à une utilisation modérée des caméras, il sera a minima indispensable que les agents en soient avertis et qu'ils ne soient pas filmés en permanence. Ce principe est celui opposable à tout particulier au domicile duquel interviennent des professionnels : a fortiori, le respect de cette règle vaut également pour le résident en EHPAD. Partant, la vidéosurveillance en continue s'avère dès lors, et en tout état de cause, illégale.

En cas de non-respect de ces règles, une action juridictionnelle pourra être envisagée sur le terrain de l'atteinte au droit à l'image (action civile et/ou dépôt d'une plainte pénale). Pour sa part, l'établissement reste tenu de signaler les faits litigieux au Procureur (si la situation en vient à constituer une infraction pénale) ainsi qu'aux autorités de tutelle (perturbation du fonctionnement du service par l'utilisateur ou des tiers).

S'agissant, à l'inverse, des actions en justice qui pourraient être intentées contre l'établissement ou ses agents, il y a lieu de souligner que la preuve obtenue par la famille, via l'usage illicite de caméras, ne sera pas nécessairement recevable. Cette différence dépendra de la juridiction saisie du litige (au pénal ou au civil).

LA DEMANDE INITIALE

Les forces de l'ordre peuvent-elles réquisitionner une chambre mortuaire, par le biais d'une réquisition à personne, pour y faire réaliser un examen de corps ou une autopsie judiciaire alors même que l'établissement ne dispose d'aucune autorisation d'institut médico-légal ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code général des collectivités territoriales (CGCT) :** articles L. 2215-1 et L. 2223-39 ;
- **Circulaire DH/AF 1 n° 99-18 du 14 janvier 1999 relative aux chambres mortuaires des établissements de santé.**

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Un établissement de santé public qui dispose d'une chambre mortuaire peut accessoirement recevoir, à titre onéreux, les corps des personnes décédées hors de l'établissement en cas d'absence de chambre funéraire à sa proximité.

Les articles L. 2223-38 à L. 2223-43 du Code général des collectivités territoriales n'exigent pas une « *autorisation d'institut médico-légal* ».

En matière de décès, le pouvoir de réquisition des autorités judiciaires se fonde sur l'article L. 2212-2 du Code général des collectivités territoriales : « *La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques* ».

L'article L. 2215-1 du Code général des collectivités territoriales pose le principe selon lequel **la police municipale est assurée par le maire.**

Toutefois notamment **en cas d'urgence**, lorsque l'atteinte constatée ou prévisible au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, réquisitionner tout bien ou service, **requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin ou que les conditions de son maintien soient assurées.**

L'arrêté motivé fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application.

Le préfet peut faire exécuter d'office les mesures prescrites par l'arrêté qu'il a édicté. La rétribution par l'Etat de la personne requise ne peut se cumuler avec une **rétribution par une autre personne physique ou morale.**

La rétribution doit uniquement compenser les frais matériels, directs et certains résultant de l'application de l'arrêté de réquisition.

Dans les conditions prévues par le Code de justice administrative, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue peut, dans les quarante-huit heures de la publication ou de la notification de l'arrêté, à la demande de la personne requise, accorder une provision représentant tout ou partie de l'indemnité précitée, lorsque l'existence et la réalité de cette indemnité ne sont pas sérieusement contestables.

Concernant les rétributions, la jurisprudence interprète strictement l'article L. 2215-1 précité. En effet, le considérant de principe est le suivant :

« (...) Considérant qu'en vertu de ces dispositions, le requérant ne peut prétendre qu'à l'indemnisation de ses frais matériels, directs et certains et n'est pas fondé à demander au préfet une rémunération calculée sur la base de sa dernière déclaration fiscale ramenée à la durée de la réquisition ; qu'il ne résulte pas de l'instruction qu'il a engagé des frais quelconques pendant les périodes de réquisition ; qu'au surplus, si tel avait été le cas, ceux-ci auraient été indemnisés au titre du paiement des actes par ses patients et une rétribution par l'Etat aurait en conséquence été exclue en application du principe de non-cumul mentionné par l'article précité (...) » .

Il ressort des décisions rendues au visa de l'article L. 2215-1 du Code général de la fonction publique que **l'employeur public (et privé) à sa charge la rétribution versée aux agents publics. Cette rétribution à la charge de l'employeur public est distincte de celle versée par l'Etat.**

Par ailleurs, l'article L. 2215-1 du Code général des collectivités territoriales poursuit en indiquant qu'en cas d'inexécution volontaire par la personne requise des obligations qui lui incombent en application de l'arrêté édicté par le préfet, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue peut, sur demande de l'autorité requérante, prononcer une astreinte.

Le refus d'exécuter les mesures prescrites par l'autorité requérante constitue un délit qui est puni de six mois d'emprisonnement et de 10 000 euros d'amende.

CONCLUSION

- **Les forces de l'ordre peuvent-elles réquisitionner une chambre mortuaire, par le biais d'une réquisition à personne, pour y faire réaliser un examen de corps ou une autopsie judiciaire alors même que l'établissement ne dispose d'aucune autorisation d'institut médico-légal ?**

Oui, l'Arrêté relatif à la réquisition fixe la nature des prestations requises, la durée de la mesure de réquisition ainsi que les modalités de son application. Ainsi, si la chambre mortuaire de l'établissement est requise par les autorités, c'est que les autorités ont décidé que les examens et/ou autopsies n'avaient pas besoin d'être réalisés en institut médico-légal.

L'établissement est tenu de respecter la réquisition y compris la nature des prestations dans les termes fixés par l'Arrêté.

- **Quid de la rétribution des agents mortuaires qui effectuent des heures supplémentaires ?**

La réquisition de personnes au sens de l'article L. 2215-1 du Code général des collectivités territoriales permet aux agents publics réquisitionnés d'avoir une rétribution. Sur ce point, le texte et la jurisprudence en vigueur confirment que la rétribution versée à l'agent public par l'Etat couvre uniquement les frais matériels, directs et certains résultant de l'application de l'arrêté de réquisition.

Par conséquent, l'agent public ne peut pas cumuler deux rétributions, l'une de l'Etat et l'autre de l'employeur. Toutefois, l'agent aura tout de même droit au paiement de ses heures supplémentaires en application de son statut ou de son contrat de travail. En l'absence de dispositions contraires, le paiement ou la compensation des heures supplémentaires semble donc être à la charge de l'Administration en application des règles de droit commun.



04.

Prise en charge des patients

- 01** Gestion des liquidités et des objets de valeur entreposés dans un coffre des résidents hébergés au sein des services spécialisés en gérontopsychiatrie et alzheimer
- 02** Gestion des effets personnels d'un résident décédé, sans famille
- 03** Prise en charge de patients hospitalisés sans leur consentement, par le biais d'une hospitalisation complète ou d'un programme de soins
- 04** Limitation des droits de visite de parents de patient suite aux manquements au règlement intérieur d'un hôpital
- 05** Règles et dispositions s'appliquant aux téléconsultations médicales dans le secteur de la psychiatrie.

LA DEMANDE INITIALE

Les résidents hébergés au sein des services spécialisés en gérontopsychiatrie et alzheimer d'un établissement disposent de liquidités et d'objets de valeur entreposés dans un coffre.

Faute de présence de mandataire judiciaire et pour répondre aux besoins des hébergés, ces liquidités et objets sont utilisés soit par les résidents eux mêmes soit par les agents en les demandant au cadre du service (la majorité de ces résidents sont sous tutelle ou curatelle d'un mandataire judiciaire externe ou d'un membre de leur famille).

- L'établissement peut-il légalement garder ces liquidités et objets de valeur dans ses locaux ?
- Quels sont les risques encourus par la structure d'avoir recours à une telle organisation ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)** : articles L. 1113-1, R. 1113-1 à R. 1113-9 ;
- **Circulaire interministérielle du 27 mai 1994** relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993 ;
- **DGFIP, Instruction du 7 février 2014** - Modalité de gestion par les comptables publics des dons et dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Conformément au Code de la santé publique, les établissements médico-sociaux sont responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés commis à cet effet ou d'un comptable public, par les personnes qui y sont admises.

À ce titre, l'alinéa premier de l'article R.1113-1 du même code rappelle que ce dépôt est au choix du résident et dispose que :

« Toute personne admise ou hébergée dans un établissement mentionné à l'article L.1113-1 est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement. »

Conformément à l'instruction de la DGFIP, le dépôt des affaires personnelles du résident peut s'effectuer quel que soit le jour et à toute heure.

➤ **Concernant la possibilité de conserver les liquidités et objet de valeurs au sein d'un coffre**

Parmi les diverses indications qu'elle transmet, la circulaire mentionne les modalités de dépôt

au sein de l'établissement **lorsque la régie de dépôt est fermée** (par exemple, le dimanche, les nuits ou les jours fériés) par un **agent en permanence** :

« Dans ces conditions, il est conseillé aux établissements de mettre en oeuvre une procédure qui permette de mettre en sûreté les dépôts de valeurs, de bijoux, de sommes d'argent ou d'objets pendant la période de fermeture de la régie ou du poste comptable et les objets à déposer dans l'établissement. Ainsi, il peut être préconisé **l'utilisation d'une enveloppe**, de préférence transparente pour visualiser le dépôt, qui disposerait d'un rabat garantissant par un sceau ou un scellé qu'elle n'a pas été ouverte. [...] L'enveloppe cachetée doit dès lors être **déposée dans les plus brefs délais dans un coffre**, de préférence de type boîte aux lettres, installé à proximité d'une zone où est assurée une permanence. »

Ainsi, rien n'oblige l'utilisation d'un coffre. Cependant, elle n'est pas interdite et est même fortement conseillée.

Il est donc possible de procéder à ce type de dépôt. Cependant, cette solution doit être envisagée **uniquement lorsque la régie de dépôt est fermée.**

Concernant les modalités de dépôt, l'article R.1113-2 du CSP précise que :

« Dans les établissements dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné à cet effet par le directeur de l'établissement. Pour les établissements non dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par lui. »

Le Code précise l'obligation d'effectuer les dépôts au mieux entre les mains d'un comptable public ou d'un régisseur ou, si aucun établissement n'est doté d'un comptable, **entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par ce dernier.** Ainsi, il est obligatoire qu'un personnel procédant au dépôt des objets appartenant au résident soit prévu.

In fine, il est donc possible pour l'établissement d'effectuer le dépôt par le biais d'un coffre d'unité, de service ou individuel. Néanmoins, les dépôts doivent s'effectuer auprès du comptable public ou du régisseur.

➤ **Concernant la responsabilité des établissements lors du dépôt des objets**

En disposant de moyens pour stocker les effets personnels des résidents au sein d'un établissement médico-social, ce dernier engage sa responsabilité différemment en fonction de la situation :

- Lorsque les objets et liquidités ont été déposés entre les mains d'un préposé commis à cet effet, la **responsabilité est de plein droit** pour l'établissement médico-social, en d'autres termes, la responsabilité de plein droit est soumise à la condition de dépôt ;
- Lorsque les objets n'ont fait l'objet d'aucun dépôt auprès de l'établissement, la responsabilité de l'établissement ne peut être **engagée qu'en prouvant sa faute.**

La nécessité d'un inventaire est également primordiale. En effet, sans inventaire, la responsabilité de l'établissement pourra être engagée. De plus, il ne sera pas possible pour l'établissement de contester la perte d'un objet qu'un résident prétendait détenu lors de son admission. À l'inverse, dès lors qu'un inventaire a été établi, il appartient au résident d'apporter la preuve qu'il était en possession d'objets qui n'auraient pas été mentionnés sur la feuille d'inventaire. Les objets pouvant être déposés sont limités aux seules « *choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement* ». Les autres biens du

résident devront être conservés « à sa convenance, mais hors de l'établissement » si celui-ci est hospitalisé pour une longue durée. La circulaire de 1994 précise les objets pouvant être déposés au sein de l'hôpital lors de l'arrivée du résident :

« Dans les établissements de santé, notamment dans les services de soins de courte durée et dans ceux assurant des soins de suite ou de réadaptation, les objets déposables peuvent être par exemple des sommes d'argent ou objets de valeur qu'une personne détient ou porte habituellement, mais aussi des papiers d'identité ou, notamment pour les personnes vivant seules, des objets d'usage courant qui ne peuvent être remis à des tiers, comme des clefs. Dans les services dispensant des soins de longue durée ou les structures et établissements hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, cette notion, compte tenu de la durée du séjour, pourra être plus extensive. »

Lorsque le résident admis se trouve dans l'incapacité de manifester sa volonté ou doit recevoir des soins d'urgence, un **inventaire contradictoire de tous les objets dont le résident est porteur est dressé**. Cet inventaire est réalisé par le responsable du service des admissions, ou tout autre agent ou préposé de l'établissement, et l'accompagnant, ou à défaut, un autre agent ou préposé de l'établissement.

Les objets sont alors remis au dépositaire qui procède à l'inscription du dépôt et joint un exemplaire de l'inventaire au dossier administratif de la personne. Dans ce cas, une information au représentant ou, dès que son état le permet, au résident est effectuée dans les conditions prévues à l'article R.1113-1 du CSP. La personne recevant l'information obtient le reçu contenant l'inventaire des objets déposés. Elle procède, le cas échéant, au retrait des objets qui ne peuvent rester en dépôt en raison de leur nature. La liste des objets maintenus en dépôt est dressée après un inventaire contradictoire.

Lorsque le résident fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, c'est la personne chargée de la mesure qui sera informée, à savoir le tuteur.

Concernant la personne sous curatelle ou placée en sauvegarde de justice, une fiche réalisée par la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) précise que les dispositions de droit commun s'appliquent. **En effet, aucun consentement du curateur ou du mandataire spécial, ni aucune autorisation du juge des tutelles ne sont requis**. Il pourra être informé seulement si le majeur donne son autorisation expresse.

CONCLUSION

- **L'établissement peut-il légalement garder ces liquidités et objets de valeur dans ses locaux ?**

OUI. Il est fortement conseillé d'utiliser des coffres afin de stocker les divers effets personnels des résidents. Ce coffre peut être un coffre au sein de l'accueil de l'hôpital, au sein du service (recommandé dans les unités gériatrique) ou un coffre individuel.

Il faudra cependant qu'une régie de dépôt soit présente au sein de l'établissement. Il faudra également adapter, en fonction de la situation du résident, les coffres (par exemple, lors de l'utilisation d'un coffre individuel, les coffres à code ne sont pas recommandés pour les résidents souffrant de maladies altérant leurs mémoires, comme la maladie d'Alzheimer) et leur contenu (la liste des objets pouvant être conservés par l'établissement étant extensive lorsque le résident ne dispose pas de toutes ses capacités mentales, temporairement ou de manière permanente).

- **Quels sont les risques encourus par la structure d'avoir recours à une telle organisation ?**

Les risques qu'encourt l'établissement sont davantage liés au manque d'information, d'inventaire ou du contenu stocké que du procédé mis en place. Ainsi, la possibilité pour les patients d'accéder à leurs affaires sera tout à fait envisageable, dès lors que l'inventaire reste à jour et constaté par un agent au sein du service.

LA DEMANDE INITIALE

Un résident est décédé et à la connaissance de l'établissement il n'a pas de famille. Le mandat de tutelle ayant pris fin au jour du décès du résident, l'établissement ne sait quoi faire des effets personnels du résident (documents administratifs, porte-monnaie, meubles, chèquiers, vêtements, photos, cadres décoratif, etc..).

Il se demande s'il peut tout jeter ou s'il doit garder certains objets qui pourront être mis à disposition d'autres résidents (TV, vêtements...).



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)** : articles L. 1113-1 à L. 1113-10, R. 1113-1 à R. 1113-9 ;
- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)** : article R. 314-149 ;
- **Circulaire interministérielle du 27 mai 1994** relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

➤ Cadre juridique et champ d'application

À la sortie ou au décès d'un patient, le sort de ses effets personnels est organisé par les dispositions relatives à la responsabilité des établissements à l'égard des biens des personnes accueillies.

Ce régime juridique s'applique tant aux établissements de santé qu'aux établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou adultes handicapés, publics comme privés.

L'ensemble de ces dispositions est d'ordre public : le législateur leur a expressément conféré un caractère impératif auquel il ne peut être dérogé.

Ces textes définissent les modalités de dépôt, d'inventaire et de restitution des biens mais envisagent également, de manière expresse, le cas des objets non-réclamés à la sortie ou au décès du patient.

Pour rappel, tout patient ou résident est invité, lors de son entrée, à effectuer **le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement**. Le dépôt est précédé d'un inventaire contradictoire (sauf accord de l'établissement autorisant la conservation de certains biens par le biais d'une procédure dite de « *dépôt feint* »).

- **Pour les établissements dotés d'un comptable public**, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. Les autres objets sont déposés entre les mains d'un agent désigné par le Directeur.
- **Pour les établissements non dotés d'un comptable public**, les dépôts s'effectuent entre les mains du directeur de l'établissement ou d'un préposé désigné par lui.

À la suite du dépôt, un reçu contenant un inventaire contradictoire et la désignation des objets déposés est transmis au déposant.

NOTA BENE : au décès du résident, l'EHPAD peut facturer le montant correspondant au « socle de prestations » pour une durée maximale de 6 jours suivant son décès, même si les effets personnels n'ont pas été retirés. L'établissement devra justifier la durée de cette facturation.

➤ Procédure applicable à la gestion des effets personnels du défunt

Le sort des objets non réclamés est le même en cas de décès ou en cas d'abandon des dits objets.

Les objets ayant été abandonnés suite à la sortie ou au décès du patient sont également déposés dans les coffres de l'établissement. L'établissement en sera responsable de plein droit en cas de vol, perte ou détérioration de la même manière que les objets déposés par les résidents eux-mêmes.

Le déroulement des étapes est le suivant :

1. Sauf instruction contraire du patient ou résident décédé, ses effets personnels sont déposés, par le personnel de l'établissement, entre les mains des préposés commis à cet effet ou du comptable public, y compris les objets qui n'avaient pas fait l'objet d'un dépôt auparavant.
2. Une double information est transmise au patient, ou à sa famille en cas de décès :
 - D'une part, le patient ou son représentant ou sa famille ou ses proches sont avisés du dépôt.
En cas de décès et s'ils sont connus, un document est remis aux héritiers les invitant à procéder au retrait des objets.
 - D'autre part, l'établissement doit informer ces mêmes personnes de la remise, après 1 an, des objets non réclamés à la Caisse des dépôts et consignations ou aux services des Domaines. Cette information doit avoir lieu au moins 6 mois avant la remise des objets.

3. Un an après la sortie ou le décès de leur détenteur, les objets non réclamés sont remis :

- Soit à la Caisse des dépôts et consignations (sommes d'argent, titres et valeurs mobilières) ;
- Soit à l'administration chargée des Domaines afin d'être mis en vente (autres biens mobiliers).

NOTA BENE : si, parmi les effets personnels du patient, se trouvent des **actes sous seing privé constatant des créances ou des dettes**, l'établissement est tenu de les conserver pendant une durée de 5 ans après le décès. À l'issue de ce délai, les documents peuvent être détruits.

S'agissant de la procédure de remise des sommes d'argent, titres et valeurs mobilières à la Caisse des dépôts et consignations :

- Un reçu est transmis à l'établissement dépositaire
- Une mention de la remise sera portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial par apposition d'une inscription marginale.
- Un avis de remise sera adressé au déposant (ou son représentant, sa famille ou ses proches).

S'agissant de la procédure de remise des biens à l'administration des Domaines (Direction de l'Immobilier de l'État, anciennement « France Domaine ») :

- L'établissement doit dresser un procès-verbal contenant la description des objets, ainsi que leur valeur indicative si cette estimation est possible. Le comptable public ou régisseur doit adresser un projet de ce PV, en LRAR.
- Le directeur départemental / régional des finances publiques dispose alors de 3 mois pour faire connaître s'il accepte, en tout ou partie, la remise des objets. Le silence gardé pendant 3 mois est réputé valoir refus de remise.
- **Si la remise des objets est refusée (généralement ceux de faible valeur), ceux-ci deviennent alors la propriété de l'établissement. Dans ce cas, les objets concernés pourront être mis à disposition d'autres résidents.**
- La mention de la remise (ou du refus de remise) est portée au dossier administratif de l'intéressé ainsi que sur le registre spécial. Un avis de la remise est adressé à la famille/proches du défunt.

CONCLUSION

Dans l'hypothèse du décès d'un résident, ses effets personnels n'ayant pas encore fait l'objet d'un dépôt doivent être stockés avec les autres, après inventaire contradictoire. Son représentant ou sa famille le cas échéant doivent être avisés de cette démarche, et invités à procéder à leur retrait.

Dans l'attente, les objets sont conservés par l'établissement qui en a la responsabilité jusqu'à leur retrait effectif ou leur remise aux autorités précitées. Ils sont conservés durant 1 an, après quoi l'établissement est fondé à saisir les Domaines (objets) ou la Caisse des dépôts (fonds).

Concernant les objets non-réclamés et dont la consignation a été refusée, ceux-ci deviennent la propriété de l'établissement qui pourra procéder à toute opération de son choix (conservation, mise à disposition pour d'autres résidents, vente, destruction), à l'exception des actes juridiques constatant des dettes ou créances (qui devront être conservés par l'établissement durant 5 ans avant leur destruction).

LA DEMANDE INITIALE

Un établissement prend en charge des patients hospitalisés sans leur consentement, que ce soit par le biais d'une hospitalisation complète ou d'un programme de soins. Ces patients doivent suivre un traitement, notamment médicamenteux, afin d'être soignés et traités.

Cependant, malgré la nécessité du traitement, il arrive que certains patients ne se montrent pas coopératifs et ne consentent pas au traitement proposé par le médecin.

- Dans le cadre d'une hospitalisation complète, jusqu'à quelles limites le médecin peut-il contraindre le patient à prendre son traitement médicamenteux ?
- De même, un patient peut-il se voir contraindre un traitement médicamenteux lors d'une prise en charge autre que l'hospitalisation complète, par le biais d'un programme de soins ?



LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

- **Code civil (CC)** : article 16-3 ;
- **Code de la santé publique (CSP)** : articles L.1111-4, L.3211-1, L.3211-2-1, L.3211-3, L.3212-1 à L.3213-11, R.3211-1 ;
- **Haute autorité de santé (HAS)**, Programme de soins psychiatriques sans consentement - Mise en oeuvre, 25 mars 2021 ;
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, publié au Journal officiel du 4 juin 2020.**
- **Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)**, Rapport « Soins sans consentement et droits fondamentaux », 16 mars 2020.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Le droit des patients bénéficiant de soins psychiatriques en établissement de santé mentale est régi par le Code de la santé publique (CSP), dont les dispositions rappellent que l'hospitalisation avec consentement reste le principe des soins psychiatriques, et les soins sans consentement l'exception.

Ces règles rejoignent ainsi le principe fondamental de consentement aux soins reconnu et codifié à l'article L.1111-4 du CSP.

Les soins psychiatriques dit « *sans consentement* » du patient appellent cependant une distinction. En effet, l'hospitalisation sous contrainte peut prendre deux formes différentes.

Les modalités de contrainte du traitement médicamenteux du patient ne seront pas les mêmes en fonction du régime de prise en charge, à savoir soit par le biais de l'hospitalisation complète dans un établissement de santé adapté (1), soit par le biais du programme de soins.

➤ 1. Le cas de l'hospitalisation complète

Les modalités de l'hospitalisation sous contrainte sont prévues aux articles L.3212-1 et suivants du CSP (à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et sur décision du représentant de l'État). Ces hospitalisations sous contraintes sont réalisées sans le consentement du patient lorsque ce dernier n'est plus en état de consentir ou dans le but de protéger l'ordre public ou le patient lui-même.

Les atteintes au consentement du patient doivent être adaptées en fonction de l'état dans lequel il se trouve au moment des soins. En effet, le CSP rappelle que toutes restrictions doivent **obligatoirement être « adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en oeuvre du traitement requis »**.

Dans le cadre d'une hospitalisation complète, les droits du patient doivent, autant que faire se peut, être similaires à celui d'un patient soigné pour toute autre raison, un patient en hospitalisation sous contrainte étant avant tout une personne malade. Le Code civil, rappelle également la nécessité du consentement de l'intéressé à partir du moment où celui-ci peut être recueilli.

De plus, la Cour Européenne des Droits de l'Homme, dans un arrêt de 2004, évoque la possibilité de contrainte thérapeutique pour les personnes malades privées de leur liberté d'aller et venir :

« Cela étant, il appartient aux autorités médicales de décider – sur la base des règles reconnues de leur science – des moyens thérapeutiques à employer, au besoin de force, pour préserver la santé physique et mentale [...], une mesure dictée par une nécessité thérapeutique, si désagréable soit-elle à l'intéressé, ne saurait, en principe, passer pour "inhumaine" ou "dégradante" »

Cette notion sera également reprise par notre jurisprudence nationale :

- **Les juges n'apparaissent pas censurer les établissements qui imposent l'administration du traitement médicamenteux au patient**, tant que cela reste médicalement adapté et que la prise en charge en hospitalisation complète est régulière.
- **En revanche, hors hospitalisation complète, quand bien même le traitement serait utile et pertinent, il n'est pas possible de l'imposer au patient** et de procéder à l'administration du traitement médicamenteux sans son accord. A contrario, il s'en déduit que si l'hospitalisation complète est régulière, imposer un traitement, notamment médicamenteux, reste possible.

Enfin, le Contrôleur général des lieux de privations de liberté a pu rappeler dans deux recommandations de mars 2020 et de juin 2020, l'importance de la recherche du consentement du patient en soins sans consentement et son adhésion au traitement, dès que cela est possible.

Ainsi, le consentement du patient doit toujours être recherché en principe.

Cependant, lorsque le patient n'est pas capable de faire preuve de discernement, le médecin peut prendre des décisions et imposer un traitement au patient. Il en va de même pour le patient capable de discerner mais dont la situation démontre une nécessité médicale.

➤ 2. Le cas du programme de soins (PDS)

Concernant le programme de soins, c'est à dire le cas où le patient n'est pas pris en charge sous forme d'hospitalisation complète, la réglementation précise :

« II.-Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III. Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. »

Ainsi, le PDS est une modalité thérapeutique de soins sans consentement alternative à l'hospitalisation complète. Dans ce cadre, le législateur prévoit donc que **le traitement ne peut être contraint pour un patient en programme de soins. Le patient peut, s'il le souhaite, ne pas prendre son traitement ou ne pas respecter les obligations qui lui incombent.**

La Haute Autorité de Santé a par ailleurs relevé la contradiction des obligations qui diffèrent entre l'hospitalisation complète et le PDS dans son guide de 2021 :

« Il existe un paradoxe : aucune mesure de contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins (art. L. 3211-2-1 III du CSP). **Le patient en PDS peut ne pas respecter les modalités de suivi** prévues dans le programme de soins qui lui a été proposé (ne pas honorer ses rendez-vous, ne pas venir à l'hôpital de jour, refuser son injection retard...).

Le programme de soins peut être imposé au patient, mais il est illégal de le faire exécuter par la contrainte, ce qui signifie que la mise en oeuvre des programmes de soins exige implicitement une forme d'adhésion de la part du malade. »

De plus, l'élaboration d'un PDS est précisée dans la partie réglementaire du CSP rappelant que, dans le cadre d'un PDS, l'avis du patient est à tout moment recueilli lors de son élaboration ou de sa modification, ne permettant pas de lui imposer un traitement médicamenteux sans son accord malgré la modalité de prise en charge.

CONCLUSION

Les modalités de contraintes thérapeutiques diffèrent en fonction du type de prise en charge.

- Lorsque le patient en soins sans consentement est en hospitalisation complète, il est possible pour le médecin, lorsque la nécessité médicale l'impose ou lorsque le patient ne peut faire preuve de discernement, de contraindre la prise d'un traitement, notamment médicamenteux.
- Lorsque la prise en charge s'effectue par le biais d'un PDS, le patient n'a aucunement l'obligation de suivre le traitement prescrit par le médecin (qui ne peut donc lui être imposé), et toute création ou modification d'un PDS nécessite l'accord du patient.

LA DEMANDE INITIALE

En cas de manquements au règlement intérieur d'un hôpital, est-il possible de limiter (réduire ou interdire) le droit de visite des parents ?



LE TEXTE DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)**, articles L.1112-3, R.1112-47.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

Le droit des patients bénéficiant de soins psychiatriques en établissement de santé mentale est régi par le Code de la santé publique (CSP), dont les dispositions rappellent que l'hospitalisation avec consentement reste le principe des soins psychiatriques, et les soins sans consentement l'exception.

Conformément à l'article L.1112-3 du CSP, **les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.**

Le règlement intérieur définit :

- les éléments essentiels de la vie institutionnelle,
- l'organisation administrative et médicale de l'établissement et en précise les règles applicables tant aux patients qu'aux personnels.

Ce n'est qu'à travers des dispositions discordantes du CSP que le contenu du RI est fixé.

Le RI peut préciser les dispositions relatives à l'admission et au séjour des patients hospitalisés dans les établissements publics de santé dont le droit de visite.

Le droit pour le patient de recevoir des visites est une composante du respect de la vie privée. Ce droit ne peut donc en principe faire l'objet d'une interdiction.

Conformément à l'article R.1112-47 du Code de la santé publique, les visiteurs ne doivent :

- pas troubler le repos des malades,
- ni gêner le fonctionnement des services.

Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et **l'interdiction de visite** peuvent être décidées par le directeur.

Le juge a été amené à se prononcer sur la restriction d'accès de certaines personnes aux services hospitaliers, dans un arrêt, la Cour d'appel a jugé que « *le directeur a pu légalement, en se fondant sur la nécessité de garantir la sécurité des patients et le bon fonctionnement des services hospitaliers et eu égard à l'urgence à prévenir les troubles suscités par la présence de M. X. et, dès lors qu'il n'est pas allégué que le centre hospitalier aurait été en mesure d'y*

faire face par d'autres moyens, lui interdire à titre conservatoire l'accès de l'établissement » . C'est en vertu de ces missions légales que le Directeur « dispose d'un pouvoir de police générale dans l'établissement [dans l'exercice duquel] il doit prendre les mesures qui s'imposent afin notamment d'assurer la sécurité des patients et du personnel et le bon fonctionnement du service »

La diversité des mesures de police envisageables relève, pour l'essentiel, de la casuistique et d'une relative liberté d'appréciation du Directeur (souvent appuyée d'un autre fondement juridique, tel qu'une disposition du règlement intérieur) : accès à l'établissement par des tiers, mesures visant à garantir la sécurité des agents, patients ou résidents, retrait de certains objets interdits ou dangereux, etc.

Il ressort de la jurisprudence que ce pouvoir de police du Directeur s'exerce principalement en ce qui concerne la **limitation du droit de visite dans l'établissement** (restriction susceptible de se heurter au droit au respect de la vie privée et familiale du patient/résident ou des membres de sa famille).

Or, le juge rappelle que lorsque l'usage de son pouvoir de police l'amène à porter atteinte à une liberté fondamentale, les mesures adoptées par le Directeur « *doivent être proportionnées aux buts recherchés et l'atteinte à cette liberté limitée* ».

Pour illustration, est illégale la décision d'interdiction stricte de visite à l'égard d'un tiers, dès lors que celle-ci présente le caractère d'une **mesure générale et absolue**, compte tenu de sa durée. En dépit du non respect des horaires de visites par l'intéressé et de ses propos déplacés voire menaçants vis-à-vis du personnel, il n'était pas établi que cette mesure de police était nécessaire et proportionnée pour permettre la prévention d'une infraction pénale ou la protection de la santé du patient.

Il en ressort que, avant d'envisager une interdiction absolue de visite, le Directeur doit évaluer l'opportunité de mesures moins attentatoires aux libertés afin « *d'assurer le bon ordre dans le service et, à les supposer menacés, la sérénité des patients et la sécurité du personnel* ». Le juge considère que « *sont conformes à son pouvoir de police général* » des restrictions portant sur l'aménagement des horaires, du lieu et de la durée des visites, ainsi que leur d'encadrement.

CONCLUSION

Aucun texte ne vient fixer de façon exhaustive le contenu du règlement intérieur des établissements publics de santé. Rien n'empêche un établissement de fixer au sein du RI d'autres règles dans la limite de ce qui est permis notamment par le Code pénal ou les droits fondamentaux et libertés individuelles des citoyens. En pratique, il convient donc de formaliser au sein du RI, les règles relatives aux visites de l'établissement.

Dans les établissements de santé, l'interdiction de visite ne se rattache pas uniquement au pouvoir de police du Directeur mais dispose d'un fondement réglementaire. Pour sécuriser une telle décision sur le plan juridique, il est indispensable de :

- Caractériser en quoi le visiteur trouble le fonctionnement du service,
- Mais surtout de limiter cette mesure (à la fois quant à sa portée, et dans le temps).

À défaut, les parents du patient pourraient arguer d'une atteinte grave aux libertés individuelles (droit au respect de la vie privée et familiale) et contester la mesure devant le juge (y compris en référé).

LA DEMANDE INITIALE

Un établissement souhaite connaître les règles et dispositions s'appliquant aux téléconsultations médicales notamment : les règles légales, les recommandations des sociétés savantes, les règles de facturation et la jurisprudence le cas échéant. Et plus particulièrement sur le secteur de la psychiatrie.



LE TEXTE DE RÉFÉRENCE

- **Code de la santé publique (CSP)** : articles L. 1142-1, L. 6316-1 et R. 6316-1 ;
- **Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine ;**
- **Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en oeuvre des activités de télé médecine ;**
- **Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 ;**
- **HAS, Guide « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise »,** juin 2019 ;
- **DGOS, Guide « Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé »,** décembre 2019.

LA RÉPONSE APPORTÉE PAR HOSPIMEDIA RÉPONSE EXPERT

➤ Cadre légal de la téléconsultation

L'article L. 6316-1 du Code de la santé publique définit la télé médecine comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Cette pratique médicale met en rapport les professionnels de santé entre eux ou avec le patient.

La partie réglementaire du CSP apporte quant à elle des précisions sur la définition de la téléconsultation.

En effet l'article R. 6316-1 du CSP prévoit que relèvent de la télé médecine les actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

À ce titre, la téléconsultation constitue un acte de télé médecine car elle a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.

Dans le cadre d'une téléconsultation, l'article précité ajoute qu'un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Enfin, les psychologues mentionnés à l'article 44 de la Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, peuvent également être présents auprès du patient.

La jurisprudence rendue quant à elle au visa de l'article R. 6316-1 du CSP vise peu les établissements de santé. Cependant, il convient de citer un arrêt relatif à la procédure de passation d'un marché public ayant pour objet la téléconsultation. En l'espèce, la CAA de Lyon indique que :

« C'est à tort que les premiers juges ont considéré que le marché ne portait pas sur des actes médicaux, lesquels ne peuvent être confiés qu'à des médecins ; la circonstance qu'une convention distincte avec des médecins radiologues a été ultérieurement conclue est insusceptible de régulariser l'attribution du marché à un prestataire informatique dépourvu de la capacité juridique et des compétences requises ; la conclusion ultérieure, hors de toute procédure de marché, d'un contrat de prestations de téléconsultations avec des médecins radiologues et d'un contrat de prestations techniques avec la société attributaire, constitue une reconnaissance par le centre hospitalier intercommunal de sa faute ».

Par ailleurs, concernant spécifiquement le recours à la téléconsultation pour les patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie, il convient de souligner que **la fréquence des téléconsultations pour le suivi médical du patient et le contenu de ces consultations font partis intégrantes des éléments appréciés in concreto par le juge, afin de statuer sur la légalité et le maintien d'un programme de soins.**

Enfin, dans le cadre d'une pratique médicale par téléconsultation, **l'établissement doit se conformer aux dispositions du RGPD et de la Loi Informatique et Libertés.** De surcroît, en tant que responsable de traitement, votre établissement doit être en mesure de démontrer, à tout moment, la conformité du traitement de données aux exigences du RGPD. La CNIL indique sur ce point que « *le responsable de traitement doit mettre en oeuvre toutes les mesures de sécurité physique et logique pour ce qui concerne les postes de travail, l'informatique mobile, le réseau informatique interne, les serveurs, les sites web, l'archivage, la maintenance, la sous-traitance, etc* ».

En pratique, la HAS a mis à disposition des professionnels de santé et établissements de santé un guide permettant de recenser les bonnes pratiques à adopter afin d'assurer la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Ce guide liste les outils permettant de protéger les données de santé dans le cadre d'un acte de télé médecine et détaille l'ensemble des pré-requis en amont d'une téléconsultation.

➤ **Le régime de responsabilité dans le cadre d'une téléconsultation**

Les responsabilités encourues par les différents professionnels de santé intervenant à l'acte de télé médecine ne sont pas expressément précisées par la législation. Il n'existe aucun régime spécifique de responsabilité aménagé par le législateur. **Le droit commun de la responsabilité a donc vocation à s'appliquer.**

En effet, les professionnels de santé et établissements de santé sont, par principe, soumis à un régime de responsabilité pour faute. Son engagement suppose la démonstration par le patient ou ses ayants-droits de 3 conditions cumulatives :

- une faute ;
- un dommage ;
- un lien de causalité entre la faute et le dommage.

Pour illustration, le tribunal administratif de Grenoble a condamné solidairement deux établissements de santé pour faute, résultant d'une erreur de diagnostic à la suite d'une télétransmission d'images médicales entre les deux CH.

➤ Facturation de la téléconsultation en psychiatrie

La facturation des téléconsultations est encadrée :

- Par l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 (applicable aux actes et consultations externes effectués par des médecins d'établissements de santé) ;
- Cet avenant est complété par la Circulaire IR-21/2018 ayant pour objet la présentation de l'avenant 6 à la convention médicale 2016 et les modalités de mise en oeuvre des actes de télémedecine.
- Enfin, la DGOS a rédigé un guide pratique relatif à la facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement.

A ce titre, le guide pratique de la DGOS, rappelle que l'avenant 6 permet une prise en charge auprès de l'assurance maladie. Plus précisément, « **les actes de téléconsultations sont juridiquement assimilés à des actes et consultations externes et répondent ainsi aux mêmes cadres juridiques et aux mêmes conditions de facturation.** Ainsi, les règles de prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire des actes de téléconsultation (détermination du taux de remboursement au regard de la situation médico administrative du bénéficiaire des soins) sont **identiques à celles appliquées aux consultations en présentiel dans le cadre des actes et consultations externes ou pour les patients hospitalisés** ».

En pratique, le Guide précise que chaque téléconsultation donne lieu à émission d'une facture individuelle à l'Assurance maladie (FIDES) ou valorisée dans le cadre des remontées mensuelles à l'ATIH. Les modalités de valorisation de cette facture sont identiques à celles des autres consultations en fonction de la situation d'exonération ou de prise en charge du ticket modérateur du patient. Les majorations applicables aux téléconsultations sont similaires aux consultations assurées en présentiel par les médecins d'établissements de santé.

Pour la consultation d'un psychiatre exerçant au sein de l'établissement la facturation est déterminée comme suit :

Téléconsultation (TC) effectuée par un psychiatre, neurologue, neuropsychiatre
Tarif : TC à 39€

Actes facturables	Tarification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	$39 + 5 + 2,70 = 46,70€$
TC + MPC (si médecin spécialiste est le médecin traitant)	$39 + 2,70 = 41,70€$

Cas particulier : téléconsultation (TC) effectuée par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables
Tarif : TC à 59,5€

Actes facturables	Tarification
TC + MCS + MPC (avec retour au médecin traitant)	$58,5 + 5 + 2,70 = 66,2€$

Restez informés

 @HOSPIMEDIA Réponse Expert

 reponse-expert@hospimedia-groupe.fr

 <https://reponse-expert.hospimedia.fr/>

Prenez rendez-vous

et découvrez l'expertise
d'Hospimedia Réponse Expert



HOSPIMEDIA

RÉPONSE EXPERT

HOSPIMEDIA Réponse Expert répond aux questions juridiques des dirigeants et des cadres des établissements de santé.



Réactivité

Une réponse écrite envoyée par e-mail sous 24h à 72h



Expertise

Des spécialistes en droit de la santé : juristes, avocats...



Budget maîtrisé

Un coût maîtrisé grâce à un forfait de questions illimitées



Collaboration

Un service utilisable par tous les cadres de l'établissement

Vous souhaitez profiter du service d'information juridique ?

REPONSE-EXPERT.HOSPIMEDIA.FR

HOSPIMEDIA Réponse Expert

2 rue de Tenremonde 59000 Lille

reponse-expert@hospimedia-groupe.fr

03 20 32 99 99