

Veille juridique janvier 2005

Références	Objet	Commentaire
<p>Décret n° 2004-1399 du 23 décembre 2004 (JO 26 décembre 2004, p. 22015 et BO Santé 15 janvier 2004, n° 2004/52, p. 375)</p>	<p>Relatif aux accords mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique</p>	<p>Fixe les conditions de mise en oeuvre des accords d'amélioration des pratiques hospitalières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les accords-cadres sont conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les fédérations nationales des établissements de santé. - Les accords à l'échelon local (accords locaux s'ils adaptent les conditions de mise en oeuvre d'un accord-cadre, ou accords d'initiative locale s'ils fixent des objectifs propres à la région) sont conclus par l'ARH et un établissement de santé, voire l'union régionale des caisses d'assurance maladie. <p>Ce décret détermine également les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords, les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, ainsi que les règles relatives à leur évaluation.</p>
<p>Décret n° 2004-1405 du 23 décembre 2004 (JO 28 décembre 2004, p. 22094 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 125)</p>	<p>Relatif à l'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux prévue à l'article L. 1142-10 du code de la santé publique et modifiant ce code (partie réglementaire)</p>	<p>Détermine les conditions d'inscription sur la liste des experts en accidents médicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir une expérience de 10 ans au moins dans le(s) domaine(s) sur le(s)quel(s) porte(nt) sa demande, - ne pas avoir cessé cette activité plus de deux ans avant la demande, - justifier d'au moins 80 expertises dans le domaine de la réparation du dommage corporel (si demande porte sur ce domaine), - avoir suivi une formation en responsabilité médicale (ou par dérogation suivre la formation délivrée par la CNAM dans les 10 mois suivant l'inscription), - attester d'une qualification en accidents médicaux pour les personnes qui ne sont pas experts judiciaires, - signer une déclaration sur l'honneur relative à l'existence d'un lien avec un établissement ou un organisme de santé notamment, et indiquant son engagement à ne pas exercer des missions ou des expertises qui seraient incompatibles avec l'indépendance et l'impartialité dont il doit faire preuve. <p>Le décret donne également les conditions supplémentaires que les experts doivent remplir lors de leur demande de renouvellement pour l'inscription sur la liste (actualisation des connaissances notamment).</p> <p>Fixe les missions du ou des rapporteurs qui sont désignés par la commission nationale des accidents médicaux (CNAM) et qui instruisent la demande d'inscription sur la liste des experts.</p>

Références	Objet	Commentaire
<p>Décret n° 2004-1397 du 23 décembre 2004 (JO 26 décembre 2004, p. 22013 et BO Santé 15 janvier 2005, n°2004/52, p. 119)</p>	<p>Relatif à la carte de professionnel de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)</p>	<p>Dorénavant, les professionnels fourniront eux-mêmes les données les concernant et devant figurer sur la carte de professionnel de santé. Cependant, elles devront être validées par les services ou professionnels compétents (le service ou l'organisme chargé, pour le compte de l'Etat, de l'enregistrement du diplôme, l'instance ordinale compétente, le ministre chargé des armées ou le directeur de la structure dans laquelle le demandeur exerce son activité), à l'exception des données décrivant la situation du titulaire au regard de l'assurance maladie (la production incombe à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés). Désormais, le groupement d'intérêt public qui émet, délivre et gère les cartes de professionnel de santé n'a donc plus les missions de s'assurer du bon usage, de la fiabilité des mécanismes et de la protection de la confidentialité des données figurant sur cette carte.</p>
<p>Arrêté du 27 décembre 2004 (JO 30 décembre 2004, texte n° 50 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 563)</p>	<p>Fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale pour les années 2005, 2006 et 2007</p>	<p>Fixe le montant du forfait journalier en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier ou médico-social pour les années 2005, 2006 et 2007, à 14, 15 et 16 Euros respectivement, et le montant du forfait journalier en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé pour les années 2005, 2006 et 2007, à 10, 11 et 12 Euros.</p>
<p>Arrêté du 27 décembre 2004 (JO 30 décembre 2004, texte n° 51 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p.379)</p>	<p>Relatif à l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L. 1142-29 du code de la santé publique</p>	<p>Détermine :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la composition de l'Observatoire des risques médicaux chargé de recueillir et d'analyser les données qui lui sont transmises et qui feront l'objet d'une publication périodique, - les modalités de désignation des membres de l'Observatoire (sauf concernant le directeur de la Haute Autorité de santé, le directeur de l'institut de veille sanitaire, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur de l'ONIAM (ou leur représentant respectif), qui sont membres d'office de cette commission), - la durée du mandat (3 ans renouvelables), - les modalités de fonctionnement (secrétariat assuré par l'ONIAM, les règles relatives aux délibérations, l'établissement d'un règlement intérieur comportant les règles de fonctionnement, les obligations des membres relatives notamment au secret professionnel, la prise en charge des frais de déplacements).
<p>Arrêté du 14 décembre 2004 (JO 22 décembre 2004, p. 21771 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 309)</p>	<p>Relatif au bilan de la carte sanitaire des appareils de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels (caméra à scintillation munie de détecteur d'émission de positons en coïncidence tomographe à émission de positions, caméra à positons)</p>	<p>Les besoins concernant les appareils de diagnostic utilisant l'émission de radioéléments artificiels, n'ayant pas été satisfait, 11 demandes nouvelles seront recevables, la période de réception des demandes étant du 1^{er} janvier au 28 février 2005.</p>

Références	Objet	Commentaire
Arrêté du 14 décembre 2004 (JO 22 décembre 2004, p. 21770 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 307)	Relatif au bilan de la carte sanitaire des activités de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse	Les besoins de la population étant satisfaits pour les activités de transplantations d'organes et d'allogreffes de moelle osseuse dans la France entière, aucune demande d'autorisation nouvelle n'est recevable.
Arrêté du 10 décembre 2004 (JO 28 décembre 2004, p. 22095 et BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 305)	Modifiant l'arrêté du 9 décembre 1988 relatif à la fixation d'un indice de besoins pour certains moyens d'hospitalisation	Fixe l'indice de besoins afférent aux moyens d'hospitalisation en soins de suite ou de réadaptation de 1 à 1.8 lit pour 1000 habitants. L'arrêté exclu de l'indice de besoins les lits soins de suite ou de réadaptation exclusivement destinés à l'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel.
Circulaire interministérielle DGS/SD7C-DPPR/Mission bruit n° 2004-598 du 13 décembre 2004 (BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 389)	Relative aux pôles de compétence bruit	Demande aux pôles de compétence bruit existants d'évaluer leur activité dans le but d'optimiser leur fonctionnement et d'ajuster la répartition des moyens matériels aux besoins locaux, en remplissant un questionnaire annexé à la circulaire. Par ailleurs, elle fixe : - les modalités de fonctionnement (leur composition, les moyens humains et matériels, la mise à disposition de deux animateurs nationaux pour favoriser leur développement, la promotion de coordination des pôles), - les missions de ces pôles en fonction des grandes orientations nationales concernant la lutte contre le bruit.
Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 2004-517 du 28 octobre 2004 (BO Santé 15 janvier 2005, n° 2004/52, p. 311)	Relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent	Donne les principes de l'organisation graduée et coordonnée de prise en charge des enfants et adolescents qui doivent servir de base à l'élaboration des SROS. Elle cible également certaines problématiques de la santé de l'enfant et de l'adolescent. En effet : - <u>Le SROS structure l'organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et des adolescents.</u> A partir de l'évaluation des besoins et de l'état des lieux de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs devant être mis en place dans le cadre de l'ordonnance du 4 septembre 2003, le SROS structure la prise en charge des enfants et adolescents en 3 niveaux : proximité, recours hospitalier et expertise à l'aide d'une coordination entre les différents acteurs ambulatoires et hospitaliers, du rôle pivot de la pédiatrie générale hospitalière dans la prise en charge en établissement de santé, et du rôle primordial de la pédopsychiatrie. Le SROS organise également des prises en charge spécifiques : la chirurgie pédiatrique, l'ORL et les soins palliatifs autour de centres de proximité et de centres spécialisés à vocation régionale ou interrégionale.

Références	Objet	Commentaire
		<p>- <u>Le SROS organise la coordination des acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents.</u> Les acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent sont réunis au sein d'une commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents qui doit être créé dans chaque région et sera présidée par le président de l'ARH. L'organisation des soins des enfants et adolescents doit être structurée en réseaux dans le domaine de la chirurgie et de l'ORL, de l'anesthésie-réanimation pédiatrique, des maladies chroniques et de la prise en charge des troubles spécifiques du langage. L'ARH accompagne le développe de ces réseaux. Enfin, une meilleure prise en charge des collaborations étroites entre médecine ambulatoire et pédiatrie hospitalière.</p> <p>-<u>Le SROS contribue à mieux répondre aux principaux enjeux de santé publique</u> (en posant des recommandations pour les comportements à risque qui apparaissent lors de l'adolescence, sur les conditions d'hospitalisation des enfants et des adolescents handicapés et des recommandations de façon à apporter le signalement des situations supposées de maltraitance) et <u>veille à assurer une place pleine et entière à l'enfant et à ses parents en établissement de santé</u> (en ayant une organisation spécifique de l'accueil et l'hébergement de l'enfant et de ses parents, en prenant en charge la douleur des enfants et des adolescents et en privilégiant l'alternative à l'hospitalisation, notamment la prise en charge en hôpital de jour des enfants et adolescents par rapport à l'hospitalisation complète et en développant l'hospitalisation à domicile en pédiatrie). L'annexe à cette circulaire détaille les recommandations nécessaires à l'élaboration du SROS concernant la prise en charge des enfants et adolescents.</p>