

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 18 au 31 janvier 2013

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 5</a>
Personnel	<a href="#">page 6</a>
Coopération hospitalière	<a href="#">page 9</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 9</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 10</a>
Domaine public - privé	<a href="#">page 11</a>
Publications	<a href="#">page 13</a>

[Pôle de la Réglementation  
Hospitalière et de la Veille  
Juridique](#)

**Hyda DUBARRY**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN-  
MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### **Création - Mission interministérielle - Protection des femmes - Violences - Lutte - Traite des êtres humains**

[Décret n° 2013-7 du 3 janvier 2013](#) portant création d'une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains – Ce texte crée, auprès du ministre chargé des droits des femmes, une mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains. Cette mission a pour objet tant de réunir, analyser et diffuser les informations et données relatives aux violences faites aux femmes que de contribuer à l'évaluation des dispositifs nationaux et locaux en matière de violences faites aux femmes.

### **Création- Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes - Droits des femmes - Egalité entre hommes et femmes**

[Décret n° 2013-8 du 3 janvier 2013](#) portant création du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes - Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes est une nouvelle instance consultative qui vient remplacer l'Observatoire de la parité entre les femmes et les hommes. Ce Haut Conseil a pour mission d'animer le débat public sur la politique des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes. Il reprend également les missions de l'Observatoire de la parité, de la Commission nationale contre les violences envers les femmes ainsi que de la commission sur l'image des femmes dans les médias.

### **Etablissement de santé – Budget hospitalier - Campagne tarifaire - 2012**

[Circulaire n°DGOS/R1/2012/406 du 10 décembre 2012](#) relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé – Cette circulaire fixe les ressources d'assurance maladie des établissements de santé et précise ainsi les conditions d'allocation des ressources complémentaires destinées à ces mêmes établissements.

### **Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés - FMESPP - 2012**

[Circulaire n°DGOS/R1/2012/418 du 13 décembre 2012](#) relative à la seconde délégation de crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) au titre de l'année 2012 et modifiant la circulaire n° 374 du 31 octobre 2012 relative à la délégation des crédits du FMESPP au titre des crédits ENCC des établissements sous OQN pour l'année 2012

### **Codage PMSI - Maladies rares**

[Instruction DGOS/PF2 n° 2012-389 du 16 novembre 2012](#) relative aux modalités de codage PMSI concernant les patients atteints de maladies rares – Cette instruction tend à préciser les modalités du codage des séjours des patients atteints de maladies rares dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), avec l'appui de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH).

## Législation économique et financière – Droit Européen – Contrats commande publique – Retard de paiement - Intérêts moratoires

[Loi n° 2013-100 du 28 janvier 2013](#) portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière – Cette loi présente diverses dispositions d'adaptation de la législation, en particulier du Code monétaire et financier, au droit de l'Union européenne en matière économique et financier et définit ainsi le cadre juridique de la monnaie électronique. Par ailleurs, le titre IV concerne la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique. Il prévoit notamment que les établissements publics de santé sont remboursés par l'Etat, de façon récursoire, de la part des intérêts moratoires, de la part de l'indemnité forfaitaire et, le cas échéant, de l'indemnisation complémentaire versés imputable à un comptable de l'Etat.

## Plan grand froid – Réserve sanitaire

[Circulaire interministérielle DGCS/SD1A/DGS/DGSCGC n° 2012-405 du 7 décembre 2012](#) relative aux modalités de mobilisation de la réserve sanitaire dans le cadre du plan « grand froid » 2012-2013 – Cette circulaire vient compléter la circulaire interministérielle DGCS/SD1A n° 2012-369 du 23 octobre 2012 qui adopte le principe du renfort des maraudes sociales dans les plus grandes villes par des médecins et/ou des infirmiers volontaires de la réserve sanitaire durant la période de grand froid, en présentant les modalités de recours à cette réserve qui repose en particulier sur l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).



*Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*

**Rapport annuel 2012**

## Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) – Rapport annuel 2012

[Rapport annuel 2012 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie \(HCAAM\)](#) – Adopté le 13 décembre 2012 – Dans ce rapport 2012 sont présentés les tableaux de bord du HCAAM (volet accessibilité financière des soins, volet tableaux financiers), les premières réflexions du HCAAM sur les inégalités sociales de santé ainsi que un document d'étude sur les inégalités sociales de santé.

Rapport adopté le 13 décembre 2012 à l'unanimité des membres du HCAAM

[Conseil d'Etat, 26 décembre 2012, n°347093](#) (schéma directeur de médecine légale - recours) - L'association des médecins urgentistes de France, M.X, le syndicat national des magistrats force ouvrière ainsi que le conseil national de l'ordre des médecins demandent au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir les circulaires des 27 et 28 décembre 2010 relatives à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale. Le Conseil d'Etat rejette ces requêtes et considère notamment que les circulaires attaquées se bornent à définir les conditions d'organisation et de fonctionnement de la médecine légale et ne portent donc pas atteinte à l'indépendance des magistrats, ne remettent pas en cause ni la liberté de choisir toute personne qualifiée, ni aucune exigence de choix direct et personnel, lequel peut donner lieu à une réquisition adressée à une personne morale aussi bien qu'à une personne physique.

[Conseil d'Etat, 12 décembre 2012, n°354635](#) (agence régionale de santé - organisation - compétences directeur général) - Le syndicat des médecins inspecteurs de santé publique demande au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir la circulaire du 22 juin 2011 du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et du ministre des solidarités et de la cohésion sociale précisant le cadre national d'organisation des astreintes assurées dans les agences régionales de santé (ARS). Le Conseil d'Etat fait droit à cette requête et annule la deuxième partie de cette circulaire en ce qu'elle fixe plusieurs règles d'organisation revêtant un caractère impératif. Celle-ci détermine en effet « *les catégories de personnels susceptibles d'être concernées par les astreintes et la formation qui leur est nécessaire, le nombre maximal d'astreintes par agent et par année civile et les modalités d'appel aux non-volontaires, les règles de programmation des astreintes et leur schéma d'organisation territoriale et technique* ». Le Conseil d'Etat rappelle que « *si les compétences qui sont confiées aux agences régionales de santé par l'article L. 1431-2 du code de la santé publique sont, en vertu de l'article L. 1432-2 du même code, exercées par les directeurs généraux au nom de l'Etat, sauf lorsqu'elles ont été attribuées à une autre autorité au sein de ces agences, et si, par suite, en l'absence de dispositions contraires, ces directeurs généraux sont, en tant qu'autorités agissant au nom de l'Etat, soumis au pouvoir hiérarchique des ministres compétents, les agences régionales de santé sont, aux termes de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, des établissements publics distincts de l'Etat ; qu'il ne résulte ni de ces dispositions ni d'aucune autre que les ministres détiennent un pouvoir d'organisation des services de ces agences ; qu'un tel pouvoir relève, au sein de chaque agence, du seul directeur général, en tant que chef de service, sans qu'il puisse, à ce titre, recevoir d'instructions de la part des ministres ; que, dès lors, les ministres signataires de la circulaire attaquée n'étaient pas compétents pour fixer les règles d'organisation des astreintes au sein des agences régionales de santé* ».

## PATIENT HOSPITALISE

[Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790](#) (hospitalisations en soins psychiatriques sous contrainte - relations sexuelles - interdiction - règlement intérieur) - Un patient hospitalisé sans son consentement au sein d'une unité d'un centre hospitalier spécialisé a demandé au directeur de cet établissement d'abroger les dispositions du règlement intérieur de cette unité qui interdisaient les relations sexuelles. Par décision en date du 27 octobre 2008, le directeur du centre hospitalier a rejeté sa demande. Par la suite, le Tribunal administratif de Bordeaux a, par un jugement en date du 11 mai 2011, rejeté la demande de ce patient tendant à l'annulation de la décision administrative du 27 octobre 2008. La Cour administrative d'appel de Bordeaux annule cette décision et ce jugement en considérant que *« l'ingérence dans l'exercice du droit d'une personne atteinte de troubles mentaux, hospitalisée sans son consentement, au respect de sa vie privée qui constitue une liberté individuelle et dont le respect de la vie sexuelle est une composante, par une autorité publique, ne peut être légale que si elle répond à des finalités légitimes et qu'elle est adéquate et proportionnée au regard de ses finalités » (...). « Considérant que l'interdiction en cause, qui s'impose à tous les patients de l'unité, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent, son degré de gravité et pendant toute la durée de leur hospitalisation, présente un caractère général et absolu ; que le centre hospitalier n'invoque aucun élément précis relatif à l'état de santé des patients de cette unité et à la mise en œuvre de traitements médicaux qui justifieraient une interdiction d'une telle portée ; que, telle que formulée dans le règlement de fonctionnement de l'unité V., l'interdiction en cause impose à l'ensemble des patients de cette unité une sujétion excessive au regard des stipulations de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et des dispositions précitées de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique ; que la décision du 27 octobre 2008 par laquelle le directeur du Centre hospitalier spécialisé X a refusé d'abroger la disposition litigieuse du règlement de fonctionnement de l'unité Y. est donc entachée d'illégalité ».*

[Commission d'accès aux documents administratifs \(CADA\), 22 novembre 2012, n°20124024](#) (accès à un dossier médical - patient décédé - ayant droit) - La Commission rappelle par cet avis que c'est uniquement dans le cas où ils justifient de la qualité d'ayant droit que les membres de la famille ou les proches d'un patient décédé peuvent obtenir communication de son dossier médical. En l'espèce, le frère d'un patient décédé demandait communication d'informations médicales pour connaître les causes du décès de son frère. La CADA constate que Mme X a la qualité de conjoint successible du défunt, *« le conjoint successible étant appelé à la succession, soit seul, soit en concours avec les parents du défunt »* selon les dispositions de l'article 756 du Code civil. La présence d'un conjoint successible ainsi que celle des parents du patient décédé auraient dû écarter la qualité d'ayant droit du demandeur. Mais la commission relève que *« M. Y a introduit sa demande en tant qu'héritier universel de sa mère, qui disposait, quant à elle »* de la qualité d'ayant droit. La CADA émet donc un avis favorable à la communication des éléments du dossier médical demandés.

## **PERSONNEL**

### **Salaire minimum de croissance (SMIC) – Traitement - Revalorisation**

[Décret n° 2013-33 du 10 janvier 2013](#) portant relèvement du minimum de traitement dans la fonction publique et attribution de points d'indice majoré à certains personnels civils et militaires de l'Etat, personnels des collectivités territoriales et des établissements publics de santé - Ce décret augmente le minimum de traitement fixé par la grille régissant la rémunération de la fonction publique pour tenir compte de la revalorisation du SMIC de 0,3 % qui atteint le montant de 1 430,22 € bruts mensuels au 1er janvier 2013. Le décret fixe le minimum de traitement à l'indice majoré 309 correspondant à l'indice brut 244, ce qui représente une rémunération mensuelle brute de 1 430,76 €. Le décret attribue également des points d'indice majoré différenciés jusqu'à l'indice brut 321, de manière à assurer une progression indiciaire dans la grille de rémunération.

### **Diplôme d'Etat - Masseur-kinésithérapeute - Enseignements – Stage - Handicap d'origine visuelle**

[Arrêté du 21 décembre 2012](#) relatif à l'année spécifique aux études en masso-kinésithérapie pour personnes en situation de handicap d'origine visuelle – Ce décret précise que les personnes reconnues en situation de handicap d'origine visuelle suivent une année spécifique favorisant l'accès à la formation conduisant au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Est proposée une méthodologie d'apprentissage et des pré-requis nécessaires pour une formation professionnelle en kinésithérapie.

### **Commission scientifique indépendante - Médecins - Développement professionnel continu (DPC) - Agences régionales de santé (ARS)**

[Décret n° 2013-35 du 11 janvier 2013](#) modifiant le décret n° 2012-26 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique indépendante des médecins - Ce décret révisé la composition et le fonctionnement de la commission scientifique indépendante (CSI) des médecins chargée d'évaluer les organismes de développement professionnel continu (DPC) et modifie le décret initial publié en janvier 2012. Cette nouvelle CSI se compose ainsi de 41 membres (contre 28 dans la précédente composition) réservant une place importante aux sociétés savantes, au bénéfice de la médecine générale.

### **Internes – Etudiants en médecine, odontologie, pharmacie – Dispositions statutaires – Statut d'auditeur**

[Décret n° 2013-73 du 23 janvier 2013](#) modifiant le statut des internes et relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie - Ce texte fixe les nouvelles dispositions statutaires pour les étudiants ayant validé leur quatrième année du deuxième cycle des études médicales. Des dispositions relatives à l'exercice du droit syndical pour les étudiants en médecine, odontologie et pharmacie sont également prévues. Ce décret tend également à harmoniser certaines dispositions du statut des internes afin de tenir compte de la mise en place de l'internat qualifiant en odontologie et de la nouvelle procédure d'affectation des internes en pharmacie.

## Fonctionnaires – Congé pour solidarité familiale – Allocation accompagnement – Personnes en fin de vie

[Décret n° 2013-67 du 18 janvier 2013](#) relatif au congé pour solidarité familiale et à l'allocation d'accompagnement des personnes en fin de vie pour les fonctionnaires relevant de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

[Décret n° 2013-68 du 18 janvier 2013](#) relatif au congé pour solidarité familiale pour les agents non titulaires des fonctions publiques de l'Etat, territoriale et hospitalière

Ces décrets sont pris en application de la loi n° 2010-09 du 2 mars 2010 visant à créer une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Sont fixés les conditions dans lesquelles le fonctionnaire peut bénéficier d'un congé de solidarité familiale qui ne peut excéder 6 mois. Ce congé pourra être accordé sous trois formes : pour une période continue, par périodes fractionnées de sept jours, sous forme d'un service à temps partiel à 50 %, 60 %, 70 % ou 80 %. Sont également fixés les modalités de versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Cette allocation journalière, d'un montant de 53,17 €, sera versée pour un nombre maximal de 21 jours par l'employeur du fonctionnaire.

## Médecins – fautes – Sanctions encourues – Cumuls - Montant

[Conseil constitutionnel, QPC du 17 janvier 2013 n°2012-289](#) (médecins - cumul de sanctions)- Le Conseil constitutionnel a été saisi le 7 novembre 2012 par le Conseil d'État (décision n° 361995 du 7 novembre 2012), dans les conditions prévues à l'article 61-1 de la Constitution, d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par M. X., relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale (sanctions applicables aux médecins pour des fautes commises dans l'exercice de la profession au préjudice de la sécurité sociale ou des assurés sociaux). M. X, médecin généraliste a en effet été sanctionné par la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins pour des prescriptions injustifiées et des actes chirurgicaux sans qualification démontrant de « *très graves défaillances thérapeutiques associées à un manque flagrant de probité* ». Il contestait l'application cumulative des régimes de sanction prévus par l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 4124-6 du code de la santé publique (sanctions disciplinaires applicables aux médecins pour des manquements déontologiques). Le Conseil constitutionnel conclut à la conformité de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale à la constitution et rappelle que « *le principe de la nécessité des peines ne fait pas obstacle à ce que les mêmes faits commis par une même personne puissent faire l'objet de poursuites différentes aux fins de sanctions de nature disciplinaire ou administrative en application de corps de règles distincts devant leurs propres ordres de juridiction ; que, si l'éventualité que soient engagées deux procédures peut ainsi conduire à un cumul des sanctions, le principe de proportionnalité implique qu'en tout état de cause, le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues* ».

*Ainsi, "si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus forte peut être mise à exécution ».*



### Techniciens supérieurs hospitaliers – Indemnité forfaitaire

[Décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013](#) relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers

### Fonction publique hospitalière – Activité de psychologue – Structure institutionnelle – Expérimentation

[Circulaire DGOS/RH4 n° 2012-396 du 26 novembre 2012](#) relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de la structuration institutionnelle de l'activité des psychologues de la fonction publique hospitalière

### Etablissement de santé – Bilan social

[Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013](#) relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Cette instruction fait suite à la refonte du bilan social, intervenue par le décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012 et l'arrêté du 5 décembre 2012 qui ont permis d'alléger, et de simplifier le contenu du bilan social. L'obligation de production du bilan social concerne uniquement les établissements de plus de 300 agents. Le bilan social doit être élaboré après consultation des instances de l'établissement avant le 15 avril 2013 ; il est composé de trois parties : état et analyse des données sociales de l'établissement pour les personnels médicaux et les personnels non médicaux - gestion des ressources humaines au sein des pôles d'activités - mise en perspective des données sociales au regard du projet d'établissement.

[Conseil d'Etat, 23 janvier 2013, n°344706](#) (permanence des soins - réquisition - refus) - En l'espèce, M. X, médecin généraliste, a refusé de déférer à un arrêté de réquisition du préfet du Rhône en date du 27 décembre 2007 pris sur le fondement de l'article R. 6315-4 du code de la santé publique pour assurer la continuité des soins le 1er janvier 2008 ; M. X se pourvoit en cassation contre la décision par laquelle la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a confirmé la sanction d'interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois, dont deux mois avec sursis, par la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes. Le Conseil d'Etat rejette son pourvoi et rappelle qu'un médecin ne peut refuser une réquisition du préfet même si celle-ci est potentiellement illégale. En effet, les juges concluent que « *alors même qu'il l'estimerait illégal, un médecin ne peut, sans commettre une faute professionnelle, s'abstenir délibérément de déférer à un acte de réquisition pris pour assurer la permanence des soins, qui constitue une mission de service public en vertu de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique et une obligation déontologique pour les médecins en vertu de l'article R. 4127-77 du même code, avant d'avoir obtenu du juge administratif l'annulation ou la suspension de cet acte ; (...) qu'il n'en va autrement que lorsque des raisons impérieuses imposent à l'intéressé d'adopter une attitude différente* ». Ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Le requérant estimait que l'arrêté de réquisition était insuffisamment motivé et avait un caractère injustifié.



## COOPÉRATIONS

### Réseaux de santé – Evaluation médico-économique

[Instruction DGOS/PF3/CNAM n° 2012-393 du 21 novembre 2012](#) relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé – Cette instruction est destinée à compléter les outils mis à disposition des agences régionales de santé pour accompagner les évolutions attendues des réseaux de santé. L'instruction précise que « *l'évaluation des réseaux de santé constitue un impératif dont l'objectif est de mesurer le service rendu aux patients suivis par les réseaux. L'évaluation et la contractualisation, à travers la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), constituent deux volets indissociables du dialogue de gestion entre l'ARS et chaque réseau.* » L'évaluation peut prendre la forme d'une l'évaluation interne (ou l'autoévaluation) qui est assurée au minimum à l'occasion du rapport d'activité transmis à l'ARS par le promoteur du réseau chaque année avant le 31 mars. Il peut également s'agir d'une évaluation externe, pilotée par l'ARS qui intervient au plus tard à la fin de la période contractuelle, soit tous les cinq ans.

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Lutte contre les épidémies et maladies transmissibles - VIH

[Arrêté du 21 décembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 relatif aux modalités de composition des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine – Dans l'arrêté relatif aux comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine, les mots « Le préfet » sont remplacés par les mots : « Le directeur général de l'agence régionale de santé ».

[Arrêté du 21 décembre 2012](#) modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 relatif à l'implantation des comités de coordination de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

### Menaces sanitaires graves – Réserve sanitaire – Mesures d'urgence – Modalités d'organisation et d'intervention

[Décret n° 2013-15 du 7 janvier 2013](#) relatif à la préparation et aux réponses aux situations sanitaires exceptionnelles – Ce décret actualise le Code de la santé publique, en particulier sur l'organisation des mesures d'urgence en cas de menace sanitaire grave et de la réserve sanitaire, afin de tenir compte des modifications apportées par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi HPST. Ces dispositions concernent essentiellement le contenu et les modalités d'adoption du plan zonal de mobilisation ainsi que les personnes pouvant entrer dans la réserve sanitaire, les modalités d'affectation des réservistes et les conditions de leur mise à disposition auprès des établissements publics de santé ou organismes concernés. Par ailleurs, il institue les cellules d'urgence médico-psychologiques en précisant leurs modalités d'organisation et d'intervention.

### **Dossier pharmaceutique - Etablissement de santé – Pharmacie à usage intérieur – PUI**

[Décret n° 2013-31 du 9 janvier 2013](#) fixant les conditions de l'expérimentation relative à la consultation du dossier pharmaceutique par les médecins exerçant dans certains établissements de santé – Ce décret fixe les conditions de l'expérimentation prévue par l'article 23 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Cet article prévoit en effet qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la loi les médecins peuvent, dans certains établissements de santé et dans le cadre de la prise en charge des patients, consulter avec leur autorisation leur dossier pharmaceutique.

### **Médicaments - Autorisations temporaires d'utilisation - ATU**

[Décret n° 2013-66 du 18 janvier 2013](#) relatif aux autorisations temporaires d'utilisation des médicaments – Ce décret vient modifier la procédure autorisations temporaires d'utilisation des médicaments.

### **Don de sang - Qualification biologique – Analyses et tests de dépistage**

[Décret n° 2013-104 du 29 janvier 2013](#) relatif aux analyses et tests de dépistage pratiqués dans le cadre de la qualification biologique du don de sang

## **ORGANISATION DES SOINS**

### **Etablissement de santé - Prescription médicale – Dépense de transport**

[Arrêté du 14 décembre 2012](#) fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2013 - Le taux prévisionnel d'évolution prévu par cet arrêté est fixé pour l'année 2013 à 3,5 %.

[Arrêté du 14 décembre 2012](#) fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville - Le taux prévisionnel d'évolution prévu par cet arrêté est fixé pour l'année 2013 à 5 %.

### **Bientraitance – Dépendance - Personnes âgées – Personnes handicapées – Comité national**

[Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013](#) portant création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées – Le Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées vient remplacer le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des adultes handicapés qui depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012 a cessé d'exister. Le champ des missions de ce nouveau Comité est étendu à promotion de la bientraitance des publics concernés, qui intègrent dorénavant les mineurs handicapés.

## DOMAINE PUBLIC – PRIVÉ

### Foncier public – Logement social

[Loi n° 2013-61 du 18 janvier 2013](#) relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social - Le titre Ier de la loi est consacré à la mobilisation du foncier public en faveur du logement. Les [articles 3 et 4](#) de la loi prévoient la mise en place d'une décote sur la vente de terrains appartenant à l'Etat et ses établissements publics, sous réserve qu'ils soient affectés à la réalisation de programmes de logements dont une partie au moins est composée de logements sociaux. Cette décote pouvant aller jusqu'à 100%.

L'[article 5](#) de la loi prévoit la possibilité d'utiliser les baux à construction (baux emphytéotiques) sur des terrains de l'Etat en vue d'y développer du logement social.

Le titre II de la loi est consacré quant à lui au renforcement des obligations de production de logement social. Les [articles 7 et 8](#) sont relatifs aux possibilités de réquisition de logements vacants par les préfets. Est ainsi prévu la réduction à 12 mois (au lieu de 18) du délai au terme duquel la vacance peut être constatée et la limitation à 24 mois du délai dans lequel le propriétaire qui s'est engagé à réaliser des travaux en vue d'une mise en location (pour justifier la vacance) doit les réaliser, assortie de l'obligation de soumettre l'échéancier des travaux à l'approbation du préfet.

L'[article 9](#) prévoit un avis du maire lors de l'aliénation de logements sociaux.

L'[article 10](#) relève à 25% (au lieu de 20%) le seuil minimal de logements sociaux dans certaines communes soumises à l'article 55 de la « loi SRU ».

L'[article 12](#) prévoit l'obligation d'une part de logements sociaux dans les opérations de construction de logements dans les communes en état de carence.

Les [articles 16 et 17](#) durcissent les sanctions à l'encontre des communes qui ne respectent pas leurs obligations en matière de logements sociaux et se trouvent donc en état de carence. En effet possibilité est donnée aux Préfets de multiplier par cinq le prélèvement sur les ressources fiscales des communes en état de carence.

L'[article 23](#) prévoit que le plan local d'urbanisme (PLU) peut autoriser la construction de davantage de logements que les obligations minimales prévues par le programme local de l'habitat (PLH).

[Décision n° 2012-660 DC du 17 janvier 2013](#) – Dans cette décision le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution les articles 3, 10, 14, 15 et 16 de la loi relative à la mobilisation du foncier public en faveur du logement et au renforcement des obligations de production de logement social.

Le conseil constitutionnel a jugé l'article 3 conforme au motif que « *ces dispositions visent au respect des exigences constitutionnelles relatives à la propriété des personnes publiques. Elles apportent à l'exercice par les propriétaires de leur droit de propriété et de leur liberté contractuelle des limites proportionnées à cet objectif.* »

S'agissant des articles 10, 14, 15 et 16 le Conseil constitutionnel juge que toutes « *ces dispositions ont pour but de mettre en œuvre l'objectif de mixité sociale et d'accroissement de la production de logements locatifs sociaux ; elles répondent ainsi à une fin d'intérêt général et ne sont pas manifestement inappropriées à l'objectif poursuivi. Elles ne portent pas à la libre administration des communes une atteinte d'une gravité telle qu'auraient été méconnus les articles 72 et 72-2 de la Constitution.* »

## Etablissements de santé - Réglementation thermique - Bâtiments neufs - Performance énergétique- Permis de construire- Déclaration préalable

[Décret n° 2012-1530 du 28 décembre 2012](#) relatif aux caractéristiques thermiques et à la performance énergétique des constructions de bâtiments – Ce décret étend aux bâtiments universitaires d'enseignement et de recherche, aux établissements de santé y compris les établissements hospitaliers pour personnes âgées et établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les obligations posées par le code de la construction et de l'habitation en matière de caractéristiques thermiques que doivent respecter les bâtiments neufs ou les parties nouvelles de bâtiments construits ou aménagés, soumis à permis de construire ou à déclaration préalable.

## PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :  
<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

