

# ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 1<sup>er</sup> au 19 août 2013

## SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	<a href="#">page 2</a>
Responsabilité médicale	<a href="#">page 7</a>
Personnel	<a href="#">page 8</a>
Patient hospitalisé	<a href="#">page 13</a>
Organisation des soins	<a href="#">page 13</a>
Réglementation sanitaire	<a href="#">page 14</a>
Propriété intellectuelle - Informatique	<a href="#">page 16</a>
Publications	<a href="#">page 17</a>

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

**Hylda DUBARRY**

**Gabrielle BAYLOCQ**

**Gislaine GUEDON**

**Sabrina IKDOUMI**

**Frédérique LEMAITRE**

**Marie-Hélène ROMAN- MARIS**

**Audrey VOLPE**

## ORGANISATION HOSPITALIÈRE

### Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Rapport d'activité – Année 2012



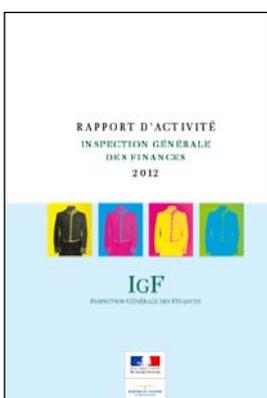
[Rapport d'activité de la Direction générale de l'offre de soins \(DGOS\) pour 2012](#) - La DGOS a publié vendredi 2 août son rapport d'activité pour 2012. Marisol Touraine précise en avant-propos que ce rapport « *retrace la mise en œuvre des nombreuses actions conduites dans le champ de l'offre de soins en 2012. Ce document apporte un éclairage utile et précis sur la diversité des missions qui sont remplies au quotidien par cette direction. Il illustre la variété des politiques publiques qui sont menées par ses quelque 300 agents au service de la santé des Français* ».

### Institut national de Veille Sanitaire (InVS) - Santé publique - Surveillance - Sécurité sanitaire - Rapport annuel - Année 2012



[Rapport annuel](#) d'activité 2012 de l'Institut national de Veille Sanitaire – Ce rapport revient sur les « *temps forts* » de l'année 2012 pour l'InVS (mortalité hivernale des personnes âgées, noyades estivales, surveillance des rassemblements liés aux Jeux Olympiques de Londres, etc.). Ont par ailleurs été mis en place « *des projets de surveillance majeurs, comme la stratégie de biosurveillance avec le lancement prochain de l'étude Esteban ou la mise en place de la déclaration obligatoire du mésothéliome* ». L'InVS a également « *produit de nombreux résultats inédits* », et a « *considérablement progressé dans son organisation, avec la poursuite de la structuration de deux directions transversales* ».

### Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) - Inspection générale des finances (IGF) - Rapport d'activité - Année 2012



[Rapport d'activité 2012](#) de l'Inspection Générale des Finances - Dans son rapport d'activité de l'année 2012, l'Inspection générale des finances (IGF) rappelle qu'elle a conduit avec l'IGAS « *une mission d'analyse de l'évolution des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie* ». Le rapport précise que « *l'ONDAM s'élevait à 167 Mds€ en 2011, dont 46,3 % pour les soins de ville, 43,6 % à l'hôpital et 9,5 % dans le secteur médico-social* ». La mission a d'abord modélisé « *l'évolution spontanée des dépenses de santé si aucune mesure n'était prise pour la maîtriser. Ce « tendanciel » s'établit autour de 4 % par an d'ici 2017, un chiffre très supérieur à l'évolution du PIB. Pour contenir cette progression, un effort d'économies compris entre 2 et 2,8 Mds€ devra être réalisé chaque année selon l'objectif fixé par le gouvernement (2,7 % en 2013)* ». La mission a préconisé un premier axe, fondé sur « *une réorganisation du système de soins autour de la notion de « parcours de soins » pour réduire le recours excessif (36 % en France contre 29 % dans l'OCDE) et parfois préjudiciable à l'hôpital et une meilleure maîtrise des prescriptions pour lutter contre la surconsommation en particulier médicamenteuse* ». Elle a également recommandé de réaliser des « *gains d'efficacité des soins de ville et une maîtrise des charges contractualisées pour les établissements hospitaliers* ».

## Budget – Comptabilité publique - Gestion - Comptables publics – Ordonnateurs – Accréditation - Habilitation

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) fixant les modalités d'accréditation des ordonnateurs auprès des comptables publics assignataires en application de l'article 10 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique - Ce texte a pour objet la fixation des modalités de l'accréditation auprès des comptables des ordonnateurs, de leurs suppléants ainsi que des personnes auxquelles les ordonnateurs ont délégué leurs compétences. Pour les établissements publics de santé et groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé, *"l'accréditation de l'ordonnateur s'opère par notification au comptable public assignataire d'un formulaire conforme au modèle fixé en annexe"*. Leur ordonnateur doit mentionner certaines informations sur ce formulaire d'accréditation : spécimen de sa signature manuscrite, indication, du procédé de signature électronique utilisé ; date de prise d'effet de la qualité d'ordonnateur ; adresse postale professionnelle, etc.

## Gestion budgétaire - Gestion comptable publique – Contrôle sélectif de la dépense – Plan de contrôle hiérarchisé de la dépense

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) portant application du premier alinéa de l'article 42 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et encadrant le contrôle sélectif de la dépense - Cet arrêté a pour objet de préciser les *"modalités d'élaboration par le comptable public d'un plan de contrôle hiérarchisé des dépenses"*. Il énonce que les dépenses contrôlées en partenariat avec l'ordonnateur *"ne sont pas mentionnées dans le plan de contrôle hiérarchisé des dépenses"*. En outre, *"le comptable sollicite, selon des modalités définies par le directeur général des finances publiques, l'approbation par son supérieur hiérarchique de son plan de contrôle hiérarchisé des dépenses"*.

## Dépenses publiques – Contrôle allégé en partenariat

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) relatif au contrôle allégé en partenariat de la dépense de l'Etat – Le contrôle exercé par le comptable public peut *"être allégé, en partenariat avec l'ordonnateur, pour des catégories de dépenses dont le comptable est assignataire. Cet allègement prend la forme d'un contrôle sur échantillon et a posteriori"*. Les catégories de dépenses en question relèvent du ministre en charge du budget, et doivent *"faire l'objet d'un dispositif de contrôle interne mis en place par l'ordonnateur conformément au cadre de référence du contrôle interne comptable"*. Une fois ce contrôle interne reconnu conforme, *"le ministre chargé du budget peut autoriser la mise en œuvre d'un contrôle allégé en partenariat. Une convention signée par le ministre chargé du budget et par le ministre intéressé en fixe les modalités"*. A minima, cette convention doit prévoir : sa durée d'application et ses modalités de résiliation, les catégories de dépenses soumises au contrôle allégé en partenariat, et les modalités du contrôle exercé par le comptable. Elle peut également prévoir *"un aménagement du nombre et de la nature des pièces justificatives et documents de comptabilité à produire au comptable public"*. La décision de mise en œuvre d'un contrôle allégé relève *"de chaque comptable public au vu de la convention susvisée et en accord avec chaque ordonnateur intéressé"*. Si les résultats de ces contrôles *"démontrent que la maîtrise des risques par l'ordonnateur n'est plus effective, le comptable peut résilier cette convention unilatéralement et sans préavis"*.

## Budget – Comptabilité publique - gestion - Comptables publics

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) fixant la liste des documents de comptabilité constitutifs des comptes des comptables publics de l'Etat - Cet arrêté dresse la liste des documents de comptabilité mentionnés à l'article 52 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et prévus au I de l'article 60 de la loi n° 63-156 du 23 février 1963 établissant le compte du comptable remis au juge des comptes.

## Etablissements de santé - Activité de médecine d'urgence – Traitement des données – Veille et sécurité sanitaires

[Arrêté du 24 juillet 2013](#) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires – Cet arrêté précise que les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en médecine d'urgence produisent et traitent des données d'activité médicale en vue de procéder à l'analyse médico-économique de leur activité de médecine d'urgence et dans un objectif de veille et de sécurité sanitaires. Les informations produites concernent la prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques. L'article 3 de l'arrêté fixe la liste des informations que doit contenir le résumé de passage aux urgences (RPU). Il est précisé que la « *structure des urgences transmet sous un format électronique, au minimum tous les jours avant 4 heures du matin, heure locale, les informations contenues dans les résumés de passage aux urgences mentionnés à l'article 3 à l'agence régionale de santé dont dépend le siège de l'établissement.*

II. — *Pour chaque structure des urgences, ces informations sont relatives aux passages enregistrés entre 0 et 24 heures au cours de la journée précédant l'envoi (J — 1), sept jours sur sept. Chaque fichier contient également les informations des six jours précédents (de J — 2 à J — 6).*

III. — *En cas situation sanitaire exceptionnelle ou de volonté de mettre en place un suivi de tension dans l'organisation des soins, l'agence régionale de santé demande à la structure des urgences de transmettre les informations contenues dans les résumés de passage aux urgences mentionnés à l'article 3, de manière infraquotidienne, selon la fréquence nécessaire ».*

## Résumés de passage aux urgences (RPU) – Transmission - Traitement – Base de données nationale – Agences régionales de santé (ARS)

[Instruction n° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013](#) relative aux résumés de passage aux urgences – Aux termes de l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement, la transmission des résumés de passage aux urgences (RPU) des établissements de santé aux ARS, puis des ARS au niveau national est obligatoire. Cette instruction « *a pour but d'accompagner la publication de cet arrêté en apportant des précisions méthodologiques et des informations sur la nature de l'accompagnement proposé pour appuyer les ARS dans la mise en place du dispositif* ». Il s'agit de « *permettre la mise en place d'une base de données nationale sur l'activité de médecine d'urgence à partir des informations contenues dans les RPU et ainsi de permettre la production en routine d'indicateurs sur les urgences* ».

## Schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS) - Greffes d'organes - Greffes de cellules hématopoïétiques

[Instruction N°DGOS/R3/2013/299 du 12 juillet 2013](#) relative aux schémas interrégionaux d'organisation des soins des activités de greffes d'organes et de greffes de cellules hématopoïétiques - Cette instruction présente les orientations nationales pour les schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS) relatifs à l'activité de greffes d'organes et à l'activité de greffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH).

## Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) - Social et médico-social

[Circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013](#) relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles - Cette circulaire rappelle le cadre législatif et réglementaire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans le domaine social et médico-social (CPOM). La circulaire propose une méthodologie de négociation et d'élaboration de ce contrat ainsi que de suivi de son exécution.

## Etablissements de santé – Financement – Dotation globale - Nomenclature M21 – Année 2013

[Circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/2013/276 du 25 juillet 2013](#) relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable à compter de l'exercice 2013 pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale – Cette circulaire relative aux établissements publics et privés de santé antérieurement financés par dotation globale a pour objet d'explicitier les évolutions des nomenclatures comptables et des cadres budgétaires pour l'exercice 2013.

## Assurance maladie - Données de facturation - Emission - Rectification – Délai

[Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2013/309 du 26 juillet 2013](#) relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation de l'assurance maladie – Cette instruction rappelle que les établissements de santé disposent d'un délai d'un an pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. L'assurance maladie s'est engagée à traiter les informations dans un délai de 12 jours. En ce sens, « *il a été décidé, pour l'année 2013, de maintenir le fonctionnement actuel du logiciel LAMDA* », qui fonctionne toujours « *selon une logique annuelle, les établissements de santé ayant la possibilité de transmettre via cet outil les données d'activité relatives à l'ensemble de l'année 2012 jusqu'au 31 décembre 2013* ». Enfin, l'ATIH met à disposition « *deux tableaux complémentaires permettant d'identifier les modifications proposées par les établissements pour chacun des mois de l'année N-1* », afin de permettre l'identification des établissements « *à informer sur l'importance de respecter le délai de facturation d'un an, dans la perspective d'une évolution du logiciel LAMDA en 2014* ».

## Déclaration publique d'intérêts - Agences régionales de santé (ARS) – Site Internet

[Instruction n° DAJ/DSSIS/DAFIIS /2013/ 314 du 29 juillet 2013](#) relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la déclaration publique d'intérêts dans les agences régionales de santé – Suite à l'instruction n° DAJ/2012/307 du 30 juillet 2012 relative à la mise en œuvre des dispositions relatives à la déclaration publique d'intérêts dans les agences régionales de santé, cette nouvelle instruction « *clarifie certains points concernant le champ d'application du dispositif, rappelle les obligations qui s'attachent à la gestion des DPI et précise les conditions juridiques et techniques de mise en ligne, notamment la procédure auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)* ».

## Coopérations - Observatoire – Groupements de coopération sanitaire (GCS) – Communautés hospitalières de territoire (CHT) – Maisons de santé

[Instruction DGOS/PF3 n° 2013-213 du 28 mai 2013](#) relative à l'ouverture de l'observatoire des groupements de coopération sanitaire et de l'observatoire des communautés hospitalières de territoire et à l'évolution de l'observatoire des maisons de santé - Cette instruction présente les caractéristiques de l'observatoire des groupements de coopération sanitaire et de l'observatoire des communautés hospitalières de territoire, et précise leurs modalités de mise en œuvre. Elle complète en outre l'instruction du 28 mars 2012 quant aux conditions d'utilisation de l'observatoire des maisons de santé.

## Etablissements publics nationaux – Opérateurs de l'Etat - Cadre budgétaire et comptable

[Circulaire du 5 août 2013](#) relative au cadre budgétaire et comptable des opérateurs de l'Etat et des établissements publics nationaux pour 2014 - Parmi les opérateurs de l'Etat et établissements publics nationaux figurent notamment les agences régionales de santé (ARS), l'Agence de la biomédecine (ABM), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH), le Centre national de gestion (CNG), l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus), l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et l'Institut national du cancer (Inca). La principale nouveauté porte sur l'ajout au budget initial ou au compte financier, d'une annexe immobilière permettant le suivi de la stratégie immobilière, de la mise en œuvre du schéma pluriannuel de stratégie immobilière (SPSI) et des économies liées.

## RESPONSABILITÉ MÉDICALE

### Responsabilité hospitalière – Infection nosocomiale – Préjudice - Erreur de droit

[Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, n° 345646](#) - Monsieur X a été opéré au Centre Hospitalier Y d'une luxation de l'épaule droite provoquée par une chute. Il contracte à l'issue d'une intervention médicale une infection nosocomiale. Celle-ci engendre de nombreuses complications donnant lieu à plusieurs interventions.

Le patient demande à l'AP-HP réparation des préjudices qu'il a subis du fait de l'infection. Le Tribunal administratif de Paris, dans un jugement du 11 décembre 2007, puis la Cour administrative d'appel de Paris, dans un arrêt du 9 novembre 2010, rejettent sa demande. Bien que l'infection nosocomiale soit en lien direct avec l'intervention et que le germe a été introduit dans l'organisme du patient par cette intervention, la Cour ne reconnaît pas la responsabilité de l'AP-HP.

En revanche, le Conseil d'Etat accueille la demande de Monsieur X et déclare « *l'introduction accidentelle d'un germe microbien dans l'organisme lors d'une intervention chirurgicale révèle une faute de l'organisation ou le fonctionnement du service hospitalier et engage la responsabilité de celui-ci envers la victime au titre des conséquences dommageables de l'infection ; qu'il en va toutefois autrement lorsqu'il est certain que l'infection, si elle est déclarée à la suite d'une intervention chirurgicale, résulte de germes déjà présents dans l'organisme du patient avant l'hospitalisation* ».

### Responsabilité pour faute médicale - Indemnisation - ONIAM - Transaction – Action subrogatoire – Etablissement public d'hospitalisation

[Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, n°357703](#) - En janvier 2002, M. X. a été transféré dans un service relevant de l'AP-HP. A l'issue des soins, il est demeuré atteint d'une hémiparésie et d'une aphasie. M. X. a alors saisi la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de Paris. Celle-ci a conclu « *que la responsabilité de l'AP-HP était engagée en raison de fautes commises dans la prise en charge du patient* ». En l'absence d'offre d'indemnisation, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) s'est substitué à l'AP-HP. Il a versé aux consorts X une indemnité transactionnelle de 700 952,44 euros comprenant un capital au titre des préjudices futurs de M. X non couverts par des prestations. En février 2009, M. X. est décédé.

Subrogé dans les droits des consorts X, l'ONIAM a saisi le tribunal administratif de Paris d'une demande tendant notamment à la condamnation de l'AP-HP à lui rembourser le montant de l'indemnité transactionnelle. En première instance et en appel, l'AP-HP a bien été condamnée, mais à rembourser une somme inférieure au montant de l'indemnité transactionnelle versée par l'ONIAM. L'ONIAM se pourvoit donc en cassation.

Le Conseil d'Etat décide qu' « *il incombe au juge, saisi d'une action de l'ONIAM subrogé, à l'issue d'une transaction, dans les droits d'une victime à concurrence des sommes qu'il lui a versées, de déterminer si la responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé est engagée et, dans l'affirmative, d'évaluer les préjudices subis afin de fixer le montant des indemnités dues à l'office ; que lorsqu'il procède à cette évaluation, le juge n'est pas lié par le contenu de la transaction intervenue entre l'ONIAM et la victime* ». Dès lors « *le choix fait par l'office d'indemniser les préjudices futurs par l'octroi d'un capital plutôt que d'une rente ne saurait s'imposer ni à l'AP-HP ni au juge* ».

## PERSONNEL

### Etudes en médecine - Contrat d'engagement de service public – Activité de soins – Extension du périmètre géographique – Résiliation

[Décret n° 2013-734 du 14 août 2013](#) relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public durant les études médicales - Ce texte modifie le décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 modifié relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. Notamment, il « *étend les zones dans lesquelles les agences régionales de santé peuvent proposer des lieux d'exercice aux signataires du contrat d'engagement de service public* ». L'étudiant ou l'interne s'engage désormais « *à consacrer non pas son exercice professionnel mais son activité de soins dans un ou plusieurs lieux d'exercice* », afin de lui permettre « *d'exercer des activités de recherche ou d'enseignement où [il le souhaite]* ». Un nouveau cas de résiliation du contrat est créé pour le professionnel, « *sans versement de la pénalité de rupture, lorsque le signataire voit son projet professionnel bouleversé par une modification par l'agence régionale de santé des zones identifiées comme fragiles dans sa région* ».

### Etudes en odontologie - Contrat d'engagement de service public –Extension du dispositif

[Décret n° 2013-735 du 14 août 2013](#) relatif au contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques – Ce texte ouvre le dispositif de contrat d'engagement de service public aux étudiants en odontologie, en prenant pour modèle le contrat existant pour les étudiants en médecine. La signature de ce contrat est possible à partir de la deuxième année jusqu'à la fin du deuxième cycle. Elle ouvre droit « *au versement d'une allocation mensuelle* », en contrepartie de l'engagement des bénéficiaires à « *exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié (avec obligation d'exercer dans le cadre des conventions existantes), dans des zones où la densité médicale n'est pas satisfaisante, notamment dans les zones rurales ou urbaines sensibles* ».

### Praticien territorial de médecine générale – Contrat – Agence régionale de santé (ARS) – Organisation des soins – Insuffisance de l'offre de soins – Objet - Contenu – Modalités d'exercice - Rémunération

[Décret n° 2013-736 du 14 août 2013](#) relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale – Ce texte a pour objet de fixer le « *contenu du contrat de praticien territorial de médecine générale prévu à l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, qui vise à favoriser l'installation de jeunes médecins spécialistes en médecine générale dans des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante, en leur garantissant un niveau de rémunération* ». Ce contrat est conclu pour une durée maximale de deux ans avec l'agence régionale de santé (ARS), et ne peut être cumulé avec des contrats similaires. Le contrat doit être communiqué au conseil départemental de l'Ordre dont le médecin relève. Le praticien « *exerce en clientèle privée, en tant que médecin installé en cabinet libéral ou médecin collaborateur libéral* », dans les zones « *caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, identifiées dans les schémas régionaux d'organisation des soins* ». En dernier lieu, le décret « *fixe les modalités de calcul de la rémunération complémentaire, au regard d'un seuil déterminé par rapport à un nombre minimum d'actes et à un plafond d'honoraires ainsi qu'en cas d'incapacité liée à la maladie ou à la maternité* ». Le contrat conclu doit être conforme à un contrat type faisant l'objet d'un arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

### Praticien territorial de médecine générale – Contrat-type

[Arrêté du 14 août 2013](#) relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé publique – Cet arrêté fixe le contenu du contrat type de praticien territorial de médecine générale prévu par le décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale.

### Praticien territorial de médecine générale – Contrat - Répartition - Année 2013

[Arrêté du 14 août 2013](#) portant répartition régionale des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale au titre de l'année 2013 - Cet arrêté fixe la répartition pour 2013 des praticiens territoriaux de médecine générale prévu par le décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale.

### Cadres de santé paramédicaux - Nouvelle bonification indiciaire – Fonction publique hospitalière

[Décret n° 2013-743 du 14 août 2013](#) portant modification de divers décrets relatifs à la nouvelle bonification indiciaire perçue par les cadres de santé de la fonction publique hospitalière – Ce texte précise que les personnels classés dans le nouveau corps des cadres de santé paramédicaux issu du décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 bénéficieront « *de bonifications indiciaires identiques et suivant les mêmes modalités que les membres du corps des cadres de santé mis en extinction* ».

### Cadres de santé paramédicaux – Primes - Indemnités – Fonction publique hospitalière

[Décret n° 2013-744 du 14 août 2013](#) portant modification de divers décrets relatifs à certaines primes et indemnités perçues par les cadres de santé de la fonction publique hospitalière - Ce texte précise que les personnels classés dans le nouveau corps des cadres de santé paramédicaux issu du décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 bénéficieront « *de primes et indemnités identiques suivant les mêmes modalités que les membres du corps des cadres de santé mis en extinction* ».

### Cadres de santé paramédicaux – Primes d'encadrement – Fonction publique hospitalière

[Arrêté du 14 août 2013](#) modifiant l'arrêté du 2 janvier 1992 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée à certains agents de la fonction publique hospitalière - Ce texte ajoute les personnels classés dans le nouveau corps des cadres de santé paramédicaux issus du décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 à la liste des agents susceptibles de bénéficier d'une prime d'encadrement.

### Infirmiers en soins généraux – Services antérieurs – Reprise

[Décret n° 2013-733 du 12 août 2013](#) modifiant divers statuts de la fonction publique hospitalière – Ce texte vient modifier le dispositif de reprise de service antérieurs pour les agents recrutés dans le corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière et dans le corps médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière. Cela permettra aux agents ayant entre deux et trois ans de services accomplis d'être reclassés au 2e échelon.

### Professionnel de santé - Développement professionnel continu (DPC) – Attestation – Modèle

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) relatif au modèle d'attestation délivrée par un organisme de développement professionnel continu à un professionnel de santé justifiant de sa participation à un programme de développement professionnel continu - L'attestation délivrée au professionnel de santé au titre de l'année civile par un organisme de développement professionnel continu, justifiant de sa participation à un programme de développement professionnel continu, doit être conforme au modèle figurant en annexe de cet arrêté. Cette attestation est simultanément transmise par l'organisme de développement professionnel continu, selon le cas, au conseil de l'ordre compétent, à l'employeur ou à l'agence régionale de santé.

### Pédicure-podologue – Diplôme d'Etat – Formation

[Arrêté du 26 juillet 2013](#) modifiant l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'Etat de pédicure-podologue.

### Chirurgiens-dentistes - Sages-femmes – Statuts – Section professionnelle

[Arrêté du 30 juillet 2013](#) portant approbation des modifications apportées aux statuts de la section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

### Personnel – Vaccination – Risque de contamination - Hépatite B

[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 – Cet arrêté prévoit 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 sont exposées à un risque de contamination lorsqu'elles exercent une activité susceptible de présenter une exposition à des agents biologiques à l'occasion du contact avec des patients, avec le corps de personnes décédées, ou avec des produits biologiques soit directement, y compris par projection, soit indirectement, notamment lors de la manipulation et du transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge ou de déchets d'activité de soins à risque infectieux. Ces personnes sont soumises aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique et doivent apporter la preuve de leur immunisation au moment de leur entrée en fonction. A défaut, elles ne peuvent exercer dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins une activité les exposant à un risque de contamination. Le médecin du travail apprécie individuellement l'exposition au risque de contamination de ces personnes, en fonction des caractéristiques du poste occupé, et prescrit les vaccinations nécessaires.

### Etudes médicales - Troisième cycle - Stages

[Arrêté du 9 août 2013](#) modifiant l'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

## Etudiants hospitaliers – Internes – Frais de transport

[Circulaire n°DGOS/RH4/272 du 8 juillet 2013](#) rappelant les dispositions réglementaires relatives à la prise en charge des frais de transport domicile/lieu de travail des étudiants hospitaliers et des internes – Cette circulaire s'inscrit dans le programme de travail arrêté par la ministre des affaires sociales et de la santé et relatif à l'amélioration des conditions de travail et la reconnaissance des sujétions d'exercice des étudiants et des internes. Elle a pour objet de rappeler aux établissements de santé les règles applicables à tous les agents publics, et en particulier aux étudiants hospitaliers et aux internes, en matière de prise en charge des frais de transport domicile/lieu de travail.

## Délit d'entrave - CHSCT - Inspecteur du travail - Procureur de la République

[Réponse écrite](#) de la Ministre en charge de la santé concernant l'absence de sanction pénale envers les directeurs d'établissement coupables de délit d'entrave à l'encontre des comités d'hygiène sécurité et conditions de travail – 6 août 2013 - La ministre en charge de la santé était interrogée sur "*l'absence de sanction pénale envers les directeurs d'établissement coupables de délit d'entrave à l'encontre des CHSCT*", et sur la pauvreté des moyens dont bénéficieraient les inspecteurs du travail pour agir dans les établissements de la fonction publique hospitalière, "*ne pouvant pas dresser de procès-verbaux ni faire de mise en demeure*". La Ministre rappelle que les inspecteurs du travail sont chargés de « *veiller à l'application du code du travail* », les dispositions de ce code relatives à la santé et à la sécurité au travail étant applicables aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière. Elle estime par la suite, sur le fondement de l'article 40 du code de procédure civile (il s'agit en réalité du code de procédure pénale), que « *l'inspecteur du travail qui, dans l'exercice de ses fonctions, a connaissance de l'existence d'un délit d'entrave aux règles de constitution ou d'exercice de ses missions par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), doit saisir sans délai le procureur de la République* ».

## Fonction publique - Rémunération - Institut national de la statistique et des études (INSEE) - Etude

[Note "informations rapides" de l'Institut national de la statistique et des études \(INSEE\)](#) - Les salaires dans la fonction publique en 2011 premiers résultats - 8 août 2013 - Aux termes de cette étude de l'INSEE, le salaire net moyen atteint 2.210 euros dans le secteur hospitalier, sans prendre en compte les contrats aidés, les internes, les externes et les résidents. Cela représente une baisse de 0,6%, en euros constants, mais une hausse de 1,5% en euros courants. L'INSEE explique que les "*écarts de niveaux salariaux entre les trois versants de la fonction publique s'expliquent principalement par des structures très différentes en termes de catégories statutaires, sexe et âge*".

## Responsabilité pour faute de l'Etat – EHPAD – Eviction - Mesures vexatoires – Préjudice moral

[Cour administrative d'appel de Bordeaux, 16 juillet 2013, n°12BX03257](#) - M. X. était fonctionnaire titulaire, avec le grade de directeur d'établissement sanitaire et social. A compter de 1996, suite à des différends avec le président du conseil d'administration de l'établissement et avec le préfet de département, M. X. a fait l'objet d'une mesure de suspension de fonctions, a été mis à disposition d'un hôpital, puis a fait l'objet d'une sanction d'exclusion temporaire de fonctions de quinze jours pour défaut d'attention et de diligence dans le respect des règles de sécurité. En parallèle, le maire en 1996, puis le préfet en 1998, avaient ordonné la fermeture provisoire de l'EHPAD, arrêtes annulés au motif de l'absence de risques graves pour la sécurité des personnes. Dès 1999, M. X. est placé en congé longue maladie. Il est par la suite placé en disponibilité d'office pour maladie en 2000, et muté dans l'intérêt du service en 2002. En novembre 2002, l'accès à l'établissement lui est interdit, "*sauf pour des raisons en lien avec le service ou pour rendre visite à des résidents avec lesquels il aurait un lien familial*". L'ensemble de ces décisions ont également été annulées par le juge. En 2004, a été reconnue l'imputabilité au service de la maladie de M. X. Sa mise à la retraite pour invalidité a été prononcée en 2006.

M. X. a alors demandé réparation des préjudices subis du fait de harcèlement moral. En première instance puis en appel, les juridictions n'ont pas fait droit à ses demandes au motif que les faits étaient antérieurs à la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, prohibant le harcèlement moral dans la fonction publique. En 2012, le Conseil d'Etat a annulé l'arrêt de la Cour administrative d'appel, dans la mesure où il lui incombait de vérifier si ces faits *"pouvaient révéler un comportement vexatoire ou discriminatoire et être regardés comme des fautes susceptibles d'engager la responsabilité de l'Etat et de la commune"*.

La Cour décide que les décisions de sanctions prises dès 1999, et notamment la décision de mutation dans l'intérêt du service de 2002, sont illégales, *« par leur nature et leur répétition »*, et ont *« excédé les limites de l'exercice normal du pouvoir hiérarchique »*. Elle présente *« un caractère vexatoire et ont conduit à altérer la santé mentale de l'appelant »*. Dès lors, *« le comportement de l'administration a dans son ensemble constitué une faute de nature à engager la responsabilité de l'Etat »*. L'Etat est condamné à indemniser, à hauteur de 20 000 euros, le *« préjudice moral, des troubles subis dans les conditions d'existence, y compris le préjudice d'agrément qui ont résulté des comportements de l'administration »*.

### Masseurs-kinésithérapeutes - Procédure disciplinaire – Inscription à l'ordre

[Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, n° 359596](#) - Un syndicat représentant les masseurs-kinésithérapeutes libéraux demande l'annulation pour excès de pouvoir de la décision implicite du ministre des affaires sociales et de la santé refusant de procéder à l'abrogation du décret n°2007-434 du 25 mars 2007 relatif au fonctionnement et à la procédure disciplinaire des conseils de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues et modifiant le code de la santé publique.

Le syndicat invoque en premier lieu que le décret n°2007-434 du 25 mars 2007 est entaché d'irrégularité car non contresigné par le ministre délégué au budget. Sur ce point le Conseil l'Etat considère que *« dès lors que le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie a contresigné le décret du 25 mars 2007, l'absence de contresignature du ministre délégué au budget placé auprès de ce ministre n'est pas de nature à affecter la régularité de ce décret »*.

Le syndicat invoque en second lieu que l'article 6 du décret attaqué relatif au droit de communication du bulletin n°2 du casier judiciaire des masseurs-kinésithérapeutes au profit du conseil départemental n'aurait pu être régulièrement institué que par un décret contresigné par le Garde des sceaux, ministre de la justice. Le Conseil d'état écarte ce moyen car *« l'application du décret attaqué n'appelle nécessairement aucune mesure réglementaire ou individuelle d'exécution de la part du garde des sceaux, ministre de la justice »*.

Le Conseil d'Etat rappelle que les conseils départementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes sont chargés de statuer sur les inscriptions au tableau de l'ordre et doivent refuser l'inscription du masseur-kinésithérapeute frappé d'une condamnation pénale d'interdiction d'exercer la profession. Le droit à communication du bulletin n° 2 du casier judiciaire des masseurs-kinésithérapeutes a été institué sur le fondement de l'article 776 du code de procédure pénale qui dispose en substance que ce bulletin est délivré aux administrations ou organismes chargés par la loi ou le règlement du contrôle de l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale lorsque cet exercice fait l'objet de restrictions expressément fondées sur l'existence de condamnations pénales ou de sanctions disciplinaires.

Contrairement à ce que soutient le syndicat, cette mission n'a pas été instituée d'après l'article R. 41112-2 du code de la santé publique (applicable aux masseurs-kinésithérapeutes depuis l'article 6 du décret contesté) qui décrit la procédure à suivre aux fins d'inscription au tableau de l'ordre et notamment qui prévoit la délivrance d'un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois.

De plus, il ajoute que les dispositions du décret contesté n'ont pas pour objet d'édicter des règles relatives à la situation des masseurs-kinésithérapeutes employés par les établissements de santé mais des règles relatives à l'inscription au tableau de l'ordre de tous les membres de cette profession, quelles que soient leurs modalités d'exercice. Ces dispositions ne sont donc pas soumises au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

Le Conseil d'Etat considère que le syndicat n'est pas fondé à demander l'annulation du refus d'abrogation du décret contesté.

## PATIENT HOSPITALISÉ

### Certificats de décès – Certification électronique – Etablissements de santé

[Instruction n°DGS/DAD/BSIIP/2013/291 du 12 juillet 2013](#) relative au déploiement dans les établissements de santé de la certification électronique en matière de certificats de décès – L'application CertDc qui permet la transmission électronique des certificats de décès, mise en place depuis 2007, permet aux médecins de saisir en ligne un certificat de décès et d'en transmettre *quasi* immédiatement le volet médical auprès des services en charge de l'analyse des causes de décès (CépiDc-Inserm) et de la veille sanitaire (InVS). Cette circulaire précise qu'« *outre son intérêt pour l'alerte sanitaire, la certification électronique apporte une augmentation significative de la qualité et de la précision des informations des certificats de décès comme le montre la récente étude réalisée conjointement par l'Inserm et l'InVS* ». Mise en œuvre en fin d'année 2012, la version 2 de l'application CertDc, apporte de nouvelles fonctionnalités pour une meilleure adaptation au contexte des établissements de santé. Il est prévu un plan de déploiement de la certification électronique des décès en établissement de santé par paliers et de façon échelonnée.

## ORGANISATION DES SOINS

### Unités sanitaires – Milieu pénitentiaire – Médicaments – Facturation – Ticket modérateur

[Circulaire n° DGOS/R4/PF1/1DSS/2A/2013 du 31 juillet 2013](#) relative aux modalités de facturation à l'administration pénitentiaire des soins dispensés aux personnes détenues par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire – Ce texte a pour objet de préciser « *les modalités de facturation aux établissements pénitentiaires de la part qui leur incombe en matière de soins dispensés par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire* ». A cet égard, « *seuls les médicaments effectivement délivrés aux patients doivent donner lieu à émission d'un titre de recettes* » : cela exclut donc la valeur du stock initial constitué au sein de l'unité. La part de base du médicament dispensé est « *intégrée dans la MIG «unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex-UCSA)»* ». *Lorsqu'un ticket modérateur sur les médicaments doit être facturé aux établissements pénitentiaires, il est appliqué sous forme d'un taux forfaitaire unique fixé à 40 %* ». Tous les actes réalisés par les établissements de santé au bénéfice de personnes détenues sont facturés, pour leur part obligatoire, à la CPAM dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement pénitentiaire. La facturation du ticket modérateur est effectuée dans les conditions « *applicables aux actes et prestations réalisés pour l'ensemble de la population* ». Enfin, « *aucune facturation sur les actes et prestations réalisés à une date postérieure à la levée de l'écrou ne doit être adressée à l'établissement pénitentiaire* ».

## RÉGLEMENTATION SANITAIRE

### Embryon humain – Cellules souches embryonnaires – Protocole de recherche – Conditions – Agence de biomédecine

[Loi n° 2013-715 du 6 août 2013](#) tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires – Cette loi vient modifier l'article L. 2151-5 du code de la santé publique, qui prévoyait un principe d'interdiction des recherches sur l'embryon humain, les cellules souches embryonnaires et les lignée de cellules souches, sauf dérogation. Désormais, le texte précise que « *I. — Aucune recherche sur l'embryon humain ni sur les cellules souches embryonnaires ne peut être entreprise sans autorisation* ». Un protocole de recherche ne peut être autorisé par l'Agence de biomédecine que si quatre conditions cumulatives sont réunies : la pertinence scientifique de la recherche ; la recherche, fondamentale ou appliquée, s'inscrit dans une finalité médicale ; en l'état des connaissances scientifiques, cette recherche ne peut être menée sans recourir à ces embryons ou ces cellules souches embryonnaires ; le projet et les conditions de mise en œuvre du protocole respectent les principes éthiques relatifs à la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires. La décision de l'Agence de biomédecine « assortie de l'avis du conseil d'orientation, est communiquée aux ministres chargés de la santé et de la recherche qui peuvent, dans un délai d'un mois et conjointement, demander un nouvel examen du dossier ayant servi de fondement à la décision », soit en « cas de doute sur le respect des principes éthiques ou sur la pertinence scientifique du protocole autorisé », soit « dans l'intérêt de la santé publique ou de la recherche scientifique, lorsque le protocole a été refusé ». En « cas de violation des prescriptions législatives et réglementaires ou de celles fixées par l'autorisation, l'agence suspend l'autorisation de la recherche ou la retire ».

Une telle recherche ne peut « être menée qu'à partir d'embryons conçus *in vitro* dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental », avec le consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus, ou du membre survivant de ce couple, « par ailleurs dûment informés des possibilités d'accueil des embryons par un autre couple ou d'arrêt de leur conservation ». Les embryons sur lesquels une recherche a été conduite ne pourront être transférés à des fins de gestation.

### Conseil constitutionnel – Recherche sur l'embryon – Cellules souches

[Décision du Conseil constitutionnel n°2013-674 du 1<sup>er</sup> août 2013](#) - Par cette décision, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, dont il avait été saisi par plus de soixante députés. Les requérants soutenaient que ce nouveau régime de recherches portait atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. Ils critiquaient l'imprécision et l'inintelligibilité des dispositions contestées. Le Conseil constitutionnel a jugé cette loi conforme à la Constitution.

Selon l'article unique de la loi contestée par les requérants, aucune recherche sur l'embryon humain ni sur les cellules souches embryonnaires ne peut être entreprise sans autorisation. Celle-ci est soumise à différentes conditions : elle doit notamment avoir une finalité médicale et il doit être impossible, en l'état des connaissances scientifiques, de la mener sans recourir à ces embryons ou cellules souches embryonnaires. En outre, cette recherche ne peut être menée qu'à partir d'embryons conçus *in vitro* dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation et qui ne font plus l'objet d'un projet parental. Elle est subordonnée à un consentement écrit préalable du couple dont les embryons sont issus ou du membre survivant de ce couple. L'Agence de la biomédecine ne peut accorder une autorisation de recherche que si l'ensemble des conditions fixées par la loi sont réunies.

Le Conseil constitutionnel a relevé que les conditions fixées par la loi à la recherche sur l'embryon, qui ne sont ni imprécises ni équivoques, ne sont pas contraires à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi. Dès lors, « *si le législateur a modifié certaines des conditions permettant l'autorisation de recherche sur l'embryon humain et sur les cellules souches embryonnaires à des fins uniquement médicales, afin de favoriser cette recherche et de sécuriser les autorisations accordées, il a entouré la délivrance de ces autorisations de recherche de garanties effectives* ». Le Conseil estime donc que ces dispositions ne méconnaissent pas le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine.

[Saisine du Conseil constitutionnel en date du 18 juillet 2013](#) présentée par au moins soixante députés, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2013-674 DC.

[Observations du Gouvernement](#) sur le recours contre la loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires.

#### **Etablissement recevant du public – Performance énergétique – Diagnostic – Seuil – Baisse**

[Décret n° 2013-695 du 30 juillet 2013](#) relatif à la réalisation et à l'affichage du diagnostic de performance énergétique dans les bâtiments accueillant des établissements recevant du public de la 1re à la 4e catégorie - Ce décret diminue le seuil à partir duquel les établissements accueillant du public doivent réaliser un diagnostic de performance énergétique, de 1000 à 500 m<sup>2</sup>. Il précise par ailleurs qu'il devra être effectué avant le 1er janvier 2015. Ce seuil sera à nouveau abaissé, à 250 m<sup>2</sup>, dès le 1er juillet 2015. Le décret étend également l'obligation d'affichage à tous les bâtiments de plus de 500 m<sup>2</sup> qui font ou ont fait l'objet d'un diagnostic de performance énergétique à l'occasion de leur construction, de leur vente ou de leur location.

#### **Protection des travailleurs – Rayonnements ionisants – Carte suivi médical – Suivi dosimétrique**

[Arrêté du 17 juillet 2013](#) relatif à la carte de suivi médical et au suivi dosimétrique des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants - Cet arrêté fixe en premier lieu le "*contenu de la carte individuelle de suivi médical, les modalités de sa délivrance ainsi que de la transmission des données qu'elle contient au système d'information de la surveillance de l'exposition aux rayonnements ionisants (SISERI)*". Il précise en deuxième lieu les "*modalités et les conditions de mise en œuvre du suivi dosimétrique individuel des travailleurs exposés à un risque dû aux rayonnements ionisants résultant d'activités nucléaires*", et enfin, les modalités de transmission des informations individuelles relatives à ce suivi au SISERI. Il entre en vigueur le 1er juillet 2014.

#### **Protection des travailleurs – Surveillance individuelle - Rayonnements ionisants – Agrément**

[Arrêté du 21 juin 2013](#) relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants - Ce texte abroge l'arrêté du 6 décembre 2003 relatif aux conditions de délivrance du certificat et de l'agrément pour les organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants. Il arrête "*la norme d'accréditation applicable aux laboratoires de biologie médicale. Il simplifie également l'organisation de la procédure d'accréditation et d'agrément des organismes en charge de la surveillance individuelle de l'exposition des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants*".

## Etablissements de santé - Maladies rares - Centres de référence - Filières de santé

[Instruction n° DGOS/PF2/2013/306 du 29 juillet 2013](#) relative à la structuration des filières de santé maladies rares prévues par le plan national maladies rares 2011-2014 – Le [second plan national maladies rares 2011-2014 \(PNMR 2011-2014\)](#) prévoit la constitution de filières de santé maladies rares. La présente instruction vise à lancer un appel à projets pour la constitution de celles-ci sur la base d'un cahier des charges décrivant les missions de ces filières.

## Maladie rare - Plan national maladies rares 2011-2014 - Centre de référence maladies rares - Centre de compétences maladies rares

[Instruction n° DGOS/PF2/2013/308 du 29 juillet 2013](#) relative à l'évolution de la prise en charge des personnes atteintes de maladie rare dans le cadre du plan national maladies rares 2011-2014 – Cette instruction a pour objet de préciser les actions du plan national maladies rares (PNMR) 2011-2014 qui impactent l'organisation de la prise en charge des patients atteints de maladie rare.

## Transfusion sanguine - Formation - Personnel

[Arrêté du 2 août 2013](#) modifiant l'arrêté du 12 mai 2000 fixant les modalités et conditions d'application des dispositions prévues aux articles R. 668-7, R. 668-12 (5°), R. 668-16 et aux articles 4 à 7, 9 et 10 du décret n° 97-1104 du 26 novembre 1997 relatif aux qualifications de certains personnels des établissements de transfusion sanguine pris en application de l'article L. 667-8 du code de la santé publique

## Stupéfiants – Liste – Méthoxétamine

[Arrêté du 5 août 2013](#) modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants – Cet arrêté vient ajouter la « Méthoxétamine » à la liste des substances classées comme stupéfiants.

# PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE - INFORMATIQUE

## Produits de sécurité - Produits d'offres de prestataires de services de confiance – Référencement

[Arrêté du 25 juillet 2013](#) modifiant l'arrêté du 18 janvier 2012 relatif au référencement de produits de sécurité ou d'offres de prestataires de services de confiance.

## PUBLICATIONS AP-HP

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

