

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 3 au 17 septembre 2013

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Responsabilité médicale	page 4
Personnel	page 6
Patient hospitalisé	page 8
Organisation des soins	page 9
Réglementation sanitaire	page 9
Domaine public et privé	page 10
Publications	page 11

**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

Biologie médicale - Coopération hospitalière – Accréditation



Guide « l'essentiel » de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) – « Coopération territoriale en biologie médicale » - septembre 2013 - Ce guide débute en affirmant que la biologie médicale est "*une spécialité en évolution profonde*" (vieillesse, automatisation des phases de l'analyse, pression économique et modèle stratégique "*mis en question*"). Ces éléments vont "*conduire les laboratoires à rechercher des volumes plus importants*" ou "*à se rapprocher d'un autre laboratoire pour lui proposer de traiter*" les examens. C'est pourquoi "*le développement des coopérations [...] à l'échelle d'un territoire est incontournable*". Les exemples sont plus fréquents dans le secteur privé, alors que le chantier de la biologie hospitalière "*reste encore en grande partie à mener*" : 43% des laboratoires hospitaliers "*ne sont pas encore engagés dans la restructuration en biologie médicale*". Dans ce contexte, "*le projet de l'ANAP a pour objectifs d'aider à une meilleure compréhension des enjeux d'une coopération en biologie et d'apporter des éléments d'aide à la décision et d'accompagnement technique et humain*".

Observatoire national du suicide – Création

Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide - Ce texte crée, "*pour une durée de quatre ans*", un Observatoire national du suicide, "*indépendant et pluridisciplinaire*". Il a pour missions de coordonner et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicides, de "*développer la connaissance des facteurs de risque*", d'évaluer "*l'effet des politiques publiques en matière de prévention*", et de rendre des recommandations.

Politique de santé publique - Plan autisme - Gouvernance - Expérimentation

Circulaire n° DGCS/SD3B/DGOS/DGS/DSS/CNSA/2013/336 du 30 août 2013 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 – Cette circulaire a pour objet d'informer et de donner des instructions aux ARS quant au démarrage de la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 et des actions qui leur incombent d'ici fin 2013 : programmation 2013, les priorités, les moyens ; gouvernance nationale et régionale ; actions pilotées par les ARS (la finalisation d'un état des lieux régional) et les actions nécessitant leur implication (évaluation des structures expérimentales et cahier des charges des unités d'enseignement à créer en classes maternelles).

Etablissements publics de santé - Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) – Suivi et analyse

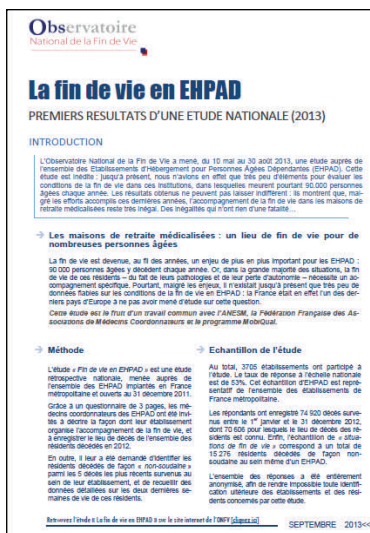
Arrêté du 5 août 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – Cet arrêté abroge l'arrêté du 11 février 2013 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'EPRD et fixe le nouveau modèle pour l'exercice 2013.

Budget – Comptabilité publique – Gestion des moyens de paiement

[Instruction du 22 juillet 2013](#) relative aux modalités de gestion des moyens de paiement et des activités bancaires du secteur public - Cette instruction vient préciser "les conséquences du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ainsi que de ses arrêtés d'application pour la gestion des moyens de paiement et les activités bancaires". Elle comporte trois parties, relatives aux moyens d'encaissement et de décaissement des recettes et dépenses publiques, aux comptes de disponibilités et l'encaisse des comptables publics, ainsi qu'aux dépôts des correspondants du trésor.

Observatoire national de la fin de vie - Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Fin de vie

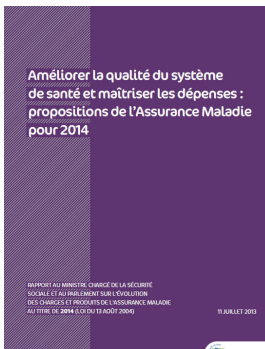
[Premiers résultats d'une enquête nationale](#) de l'Observatoire national de la fin de vie (2013) - "La fin de vie en EHPAD" - Les premiers résultats de l'étude conduite entre mai et août 2013 auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) indiquent que "90 000 personnes âgées y décèdent chaque année". Grâce "à un questionnaire de 3 pages, les médecins coordonnateurs ont été invités à décrire" l'accompagnement de la fin de vie mis en place dans leurs établissements. Le taux de réponse représente 53% des EHPAD de France métropolitaine. Si les structures "se sont organisées pour accompagner au mieux les situations de fin de vie [...] un quart des maisons de retraite n'ont aucun lien avec des équipes ressources, l'hospitalisation à Domicile reste marginale [...], et la formation des médecins coordonnateurs reste très inégale". L'étude montre qu'un résident sur quart décède à l'hôpital, et que "les décès soudains et tout à fait inattendus" représentent 13% de l'ensemble des décès". Est également souligné l'impact de l'absence d'infirmiers de nuit, qui "permettrait d'éviter 18 000 hospitalisations de résidents en fin de vie chaque année".



Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Activité hospitalière - Année 2012 - Financements - Prise en charge ambulatoire - Hospitalisation à domicile (HAD) - Soins de suite et de réadaptation (SSR)

[Rapport d'analyse de l'activité hospitalière 2012](#) de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - Ce rapport mentionne en premier lieu qu'entre 2010 et 2012, "le nombre de séjours par patient est stable. La progression de l'activité est liée à une progression du nombre de patients". Plus particulièrement, "les séjours des patients âgés de plus de 65 ans progressent de +3,8%" entre 2011 et 2012, ce qui s'explique "par l'entrée des personnes nées la deuxième année du "baby-boom" dans la tranche d'âge 65-69 ans. La prise en charge ambulatoire progresse, et représente 37% des séjours. En outre, depuis 2007, "l'activité d'HAD est en hausse, le nombre de journées ayant presque doublé en six ans. En 2012, le nombre de journées a progressé de presque +11%". En psychiatrie, l'activité ambulatoire augmente de 3,4% entre 2011 et 2012, alors que le nombre de journées d'hospitalisation reste stable.





Rapport de l'Assurance maladie des charges et produits pour l'année 2014 – « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie » - L'Assurance Maladie présente chaque année au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante, et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. On notera dans les 27 propositions du rapport les propositions suivantes : « Développer l'information sur la qualité, le bon usage du système de soins et le médicament à destination des usagers du système de santé » A cet effet le Ministère de la santé a prévu de systématiser les questionnaires de satisfaction en sortie d'hospitalisation en 2014, après une période de volontariat en 2013. Il est précisé qu'actuellement chaque établissement de santé doit passer un marché avec un prestataire pour mener ces enquêtes, sur la base d'un questionnaire national arrêté en 2012. « Accompagner la structuration des équipes de soins de proximité pour améliorer la prise en charge des parcours des patients dans le cadre de la stratégie nationale de santé » avec le développement des centres de santé ou maison de santé pluridisciplinaire.. « Ajuster les incitations tarifaires de la chirurgie ambulatoire et mettre en œuvre des seuils minima d'activité pour la chirurgie : (...) *Il serait pertinent d'inverser la logique en ajustant à la baisse les tarifs de l'hospitalisation complète sur un tarif unique qui soit construit sur la base des coûts ambulatoires. Pour des interventions qui commencent à être développées en chirurgie ambulatoire, il serait en revanche utile de mettre en place un tarif unique entre ambulatoire et hospitalisation complète afin d'inciter au développement de l'ambulatoire, en baissant le tarif de l'hospitalisation complète*».

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Produit défectueux - Responsabilité sans faute du service public

Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, n° 339922 - Suite à une luxation d'une prothèse du genou posée en 2000 au sein d'un centre hospitalier universitaire, M. X. a dû subir une intervention chirurgicale de reprise. Un an plus tard, il a fallu procéder au remplacement de la prothèse. M. X. invoque la défectuosité de cette dernière, et exerce un recours indemnitaire à l'encontre de l'établissement. Ses demandes sont rejetées successivement en première instance, puis en appel, au motif que "M. X. , qui avait connaissance de l'identité du producteur de la prothèse défectueuse contre lequel il lui appartenait de diriger son action, ne pouvait rechercher la responsabilité du centre hospitalier".

Le Conseil d'Etat rappelle "qu'il résulte de l'interprétation [...] donnée par la Cour de justice de l'Union européenne que la directive du 25 juillet 1985 ne fait pas obstacle à l'application du principe selon lequel, sans préjudice des actions susceptibles d'être exercées à l'encontre du producteur, le service public hospitalier est responsable, même en l'absence de faute de sa part, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise ; que ce principe trouve à s'appliquer lorsque le service public hospitalier implante, au cours de la prestation de soins, un produit défectueux dans le corps d'un patient". La Cour administrative d'appel a donc commis une erreur de droit.

A l'inverse, la Cour de Cassation avait déduit de l'arrêt de la CJUE du 21 décembre 2011 que la responsabilité des prestataires de services de soins ne pouvait plus être recherchée qu'en cas de faute (Cour de Cassation, 1ère civ., 11 juillet 2012, n° 11-17510).

Vaccination obligatoire – Responsabilité de l'Etat – Conditions

Conseil d'Etat, 25 juillet 2013, n° 347777 - Une enfant de 5 mois a reçu en 1989 une injection du vaccin Tétracoq, comprenant quatre valences dont trois correspondant à des valences obligatoires. Suite à cette vaccination, *"elle a présenté des convulsions ainsi qu'une hémiparésie gauche et est demeurée atteinte d'une incapacité permanente partielle de 85%"*. La demande tendant à l'indemnisation du préjudice subi à raison de cette vaccination obligatoire a été rejetée en première instance, puis en appel, au seul motif de l'absence de preuve d'un lien de causalité direct entre l'apparition des troubles et les trois valences obligatoires du vaccin administré.

Dans cette décision, le Conseil d'Etat restreint les conditions dans lesquelles la responsabilité de l'Etat peut être écartée, lors d'un dommage lié à la vaccination obligatoire. Il estime *"qu'il incombe aux juges du fond de déterminer, au vu des éléments apportés par les requérants, s'il existe un faisceau d'éléments de nature à établir ou faire présumer l'origine vaccinale du dommage ; que, dans le cas d'un vaccin associant des valences obligatoires et des valences facultatives, la responsabilité de l'Etat ne peut être écartée que s'il est démontré que les troubles sont exclusivement imputables à une valence facultative et si cette valence n'était pas systématiquement associée aux valences obligatoires dans les vaccins disponibles"*. En rejetant la responsabilité de l'Etat, la Cour administrative d'appel a commis une erreur de droit.

Suicide – Soins psychiatriques – Défaut de surveillance – Absence de faute

Tribunal administratif d'Orléans, 31 juillet 2013, n° 1203165 - En 2011, Mme X. a été hospitalisée à sa demande au sein du service de psychiatrie du centre hospitalier intercommunal A. en raison d'un état dépressif. Au retour d'une permission de sortie, Mme X. a mis fin à ses jours en se pendait dans sa chambre avec le cordon d'alimentation d'un poste de radio.

Son époux et son fils recherchent la responsabilité de l'établissement. A leur sens, *"compte-tenu des antécédents psychiatriques de Mme X. et notamment des tentatives de suicide qu'elle avait pu faire dans le passé, des mesures particulières de surveillance auraient dû être mises en place"*. Sa permission de sortie s'étant mal passée, et Mme X. présentant *"un état de profond mal être [...] le cordon d'alimentation électrique avec lequel elle s'est pendue aurait dû lui être retiré"*.

Le Conseil d'Etat indique qu'il *"ne résulte pas de l'instruction que Mme X. ait exprimé des idées suicidaires dans la période qui a précédé son passage à l'acte, ni que son état dépressif se soit aggravé au point de rendre nécessaires des mesures de surveillance ou des restrictions particulières par rapport au régime d'hospitalisation libre auquel elle était soumise"*. En outre, Mme X. n'a pas sollicité de médication supplémentaire, n'a pas manifesté de comportement anormal, et la famille n'a pas alerté l'établissement d'un risque de suicide particulier.

Le Conseil d'Etat décide alors que *"la circonstance que Mme X. ait mis fin à ses jours en se pendait avec le cordon d'alimentation de son appareil radiophonique et qu'elle ait eu la possibilité de s'enfermer dans sa chambre, au demeurant accessible au personnel hospitalier qui est passé à deux reprises le jour des faits à 21h15 et à 23h15, pour s'assurer de l'état de la patiente, ne sauraient suffire à révéler un défaut de surveillance constitutif d'une faute dans l'organisation du service de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier intercommunal A"*.

Aide médicale urgente – Sapeurs pompiers - Responsabilité de l'Etat - Perte de chance - Responsabilité hospitalière

[Tribunal administratif de Versailles, 23 avril 2013, n° 0902837](#) - Suite à un accident de la circulation en 2003 et dont l'un de ses assurés était responsable, la société X. a versé la somme globale de 3.370 euros à la caisse primaire d'assurance maladie compétente, ainsi que la somme globale de 79.575 euros aux ayants droits de la victime. La société X. a adressé une demande préalable au centre hospitalier de Y., à l'Etat (Préfecture de police de Paris) et à la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, « *estimant que la charge finale de cette indemnité leur incombait au titre des fautes commises par eux dans la prise en charge et lors de l'hospitalisation de la victime qui a succombé à ses blessures à l'hôpital* ». La Société X. a par la suite saisi le Tribunal d'une demande tendant à leur condamnation solidaire « *à lui verser la somme de 82.945 euros correspondant à la totalité des sommes qu'elle a versées* ».

Le Tribunal indique que « *la brigade de sapeurs-pompiers de Paris participe à l'aide médicale urgente notamment par l'action de son médecin régulateur et qu'il appartient au centre hospitalier vers lequel cette brigade a orienté un patient de le réorienter vers un autre établissement s'il ne dispose pas de la compétence nécessaire pour le prendre en charge* ». Il retient que la brigade a commis une faute qui engage la responsabilité de l'Etat « *en sous-estimant l'état de la victime sur les lieux de l'accident et en ne sollicitant pas l'avis médical imposé par le règlement interne qui aurait pu orienter le patient vers un établissement hospitalier plus adapté à sa prise en charge* ». Il estime également que l'hôpital a commis une faute de nature à engager sa responsabilité « *en se bornant à indiquer que les pompiers lui ont adressé un patient trop lourd pour lui, sans rechercher la possibilité de le faire prendre en charge dans un établissement pourvu de l'équipement nécessaire, et en gardant sciemment un malade dont l'état ne pouvait qu'évoluer défavorablement sans rien entreprendre en vue d'un transfert* ».

Le Tribunal retient dans ce jugement que « *la perte de chance de survie de la victime imputable aux fautes des services publics en cause dans sa prise en charge après l'accident dont elle a été victime, peut être évaluée à 70% ; qu'il y a lieu de mettre à la charge de la brigade des sapeurs pompiers de Paris (Etat) et du centre hospitalier de Y. la réparation des conséquences dommageables de la prise en charge fautive de M. Z., à hauteur de 15% pour la brigade des sapeurs pompiers de Paris et 85% pour le centre hospitalier de Y.* ».

PERSONNEL

Droit syndical - Fonction publique hospitalière - Locaux syndicaux - Réunions - Autorisations spéciales d'absence - Décharges d'activité de service - Crédit de temps syndical - Mutualisation des heures syndicales

[Circulaire n°DGOS/RH3/2013/275 du 9 juillet 2013](#) relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière - Sur la base des accords de Bercy de 2008, les décrets n° 2012-736 du 9 mai 2012 et n° 2013-627 du 16 juillet 2013 ont rénové "*l'architecture des moyens syndicaux, défini les critères d'appréciation de la représentativité qui conditionne l'octroi de certains droits et moyens, et renforcé la transparence des moyens accordés aux organisations syndicales*". Cette circulaire précise dans deux chapitres les conditions d'exercice du droit syndical (locaux, réunions, affichage, distribution et collecte de cotisations), puis la situation des représentants syndicaux, au regard des autorisations spéciales d'absences des articles 13 et 15 du décret n° 86-660 du 19 mars 1986, du crédit de temps syndical et des mises à disposition au niveau national. Elle revient également sur la mutualisation des heures syndicales, la couverture des risques encourus par les représentants syndicaux, et les garanties de transparence dans l'utilisation des moyens. Ce texte abroge ainsi la circulaire n° DGOS/RH3/2012/435 du 26 décembre 2012 relative à l'exercice du droit syndical dans la fonction publique hospitalière.

Heures syndicales - Mutualisation - Observatoire national des ressources humaines du système de santé (oNRH)

[Instruction n°DGOS/RH3/2013/335 du 30 août 2013](#) relative au recueil d'information sur la mutualisation des heures syndicales des établissements publics de santé et des établissements publics sociaux et médico-sociaux par l'intermédiaire de la plateforme de l'observatoire national des ressources humaines du système de santé (oNRH) – Cette instruction annonce l'organisation d'une remontée d'informations « *relative au dispositif de mutualisation des heures syndicales* » qui devront obligatoirement être transmises aux agences régionales de santé via « *la plateforme de l'observatoire national des ressources humaines du système de santé (oNRH)* ». Cela aurait pour objet de « *procéder à un bilan national des crédits d'heures syndicales mutualisées pour les années 2009, 2010 et 2011 afin de permettre d'engager une réflexion sur un dispositif pérenne garantissant l'exercice du droit syndical dans l'ensemble des établissements de la fonction publique hospitalière* ». Les réponses doivent être apportées au plus tard le 31 octobre 2013.

Fonction publique hospitalière - Corps de direction – Directeurs des soins - Emplois fonctionnels - Prime de fonctions et de résultats

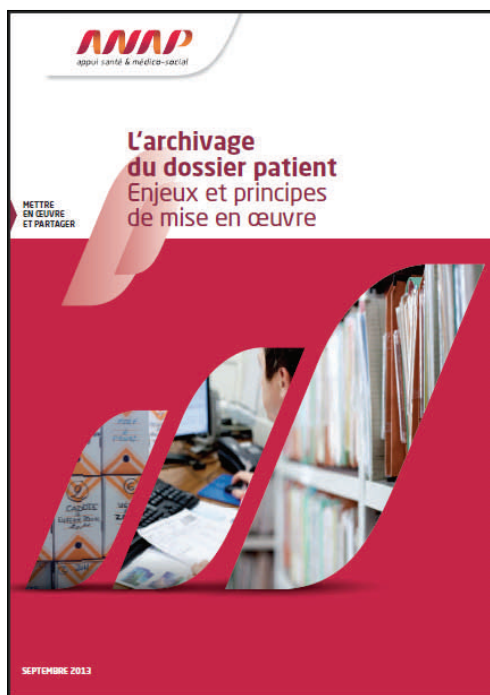
[Décret n° 2013-812 du 10 septembre 2013](#) modifiant le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière - Ce décret augmente, à compter du 1^{er} juillet 2013, le taux de la participation de l'employeur à la constitution de droits à la retraite au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires en le fixant à 9 % des émoluments hospitaliers bruts effectivement perçus par le bénéficiaire au cours de l'année civile de référence.

Fonction publique hospitalière - Corps des psychologues - Salarié ou de travailleur indépendant - Conditions de reprise de services effectués

[Arrêté du 3 septembre 2013](#) fixant les conditions de reprise de services effectués en qualité de salarié ou de travailleur indépendant pour le classement dans le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière – Cet arrêté précise les conditions et les documents à fournir quant à la reprise de services effectués en qualité de salarié ou de travailleur indépendant pour le classement dans le corps des psychologues de la fonction publique hospitalière. Cette reprise concerne la reprise d'ancienneté au titre des périodes de travail antérieures à leur nomination, effectuées dans des fonctions comparables à celles dans lesquelles ils sont nommés.

PATIENT HOSPITALISÉ

Dossier médical - Dossier informatisé - Politique d'archivage



[Guide de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux \(ANAP\)](#) - "L'archivage du dossier patient, enjeux et mise en œuvre" - septembre 2013 - Ce guide commence par indiquer que "seule une politique d'archivage maîtrisée et répondant aux exigences légales, réglementaires et normatives peut [...] permettre de s'engager dans la substitution du support papier par le support informatique". Les établissements sont confrontés sur ce point à trois défis majeurs : l'amélioration de la prise en charge du patient, la conservation des "bonnes données pendant la bonne durée", et "l'exploitation de la richesse que constituent toutes ces données de santé sur laquelle se construit la médecine de demain". La valorisation de ces éléments repose sur "une véritable gouvernance de l'information", prenant en compte plusieurs aspects : "techniques, sécuritaires, juridiques et réglementaires, qualitatifs, cycle de vie des documents, politiques, mise en œuvre, etc.". Le guide a pour objet d'offrir "les arguments nécessaires à la mobilisation des acteurs [et de leur fournir] les éléments synthétiques leur permettant de structurer et gérer l'archivage des dossiers patient papier et informatiques". Le guide est organisé en quatre parties : faire adhérer les acteurs, organiser le projet, piloter le projet et faire vivre la politique d'archivage.

Détenues - Prise en charge sanitaire - Mère - Enfant - Recommandations

[Avis du 8 août 2013](#) relatif aux jeunes enfants en prison et à leurs mères détenues du Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Dans son rapport annuel 2010, « le contrôleur général a souhaité qu'une réflexion s'engage pour que les mères détenues avec enfants se voient nécessairement accorder un aménagement de peine, ou bénéficient d'une suspension de peine, pour maternité, ou accèdent à une libération conditionnelle ». En l'absence d'évolution, cet avis renouvelle la position du Contrôleur, et revient « sur la condition carcérale des mères et de leurs enfants en France ». Il indique d'abord que « la mère doit pouvoir s'entretenir librement (au téléphone) avec le médecin qui suit ou doit suivre son enfant, aussi accompagner ce dernier aux consultations médicales au-dehors, enfin être présente auprès de lui en cas d'hospitalisation, autant que l'hôpital le permet ». Il précise également que des conventions devraient systématiquement être conclues pour stabiliser les conditions d'intervention des services de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cela aurait "l'avantage de faire observer par le médecin in situ les conditions d'existence de l'enfant et de sa mère. Elle garantit la régularité de l'examen médical — non soumis à extraction de l'enfant. C'est pourquoi cette solution doit être privilégiée. Il en va de même des soins éventuels après accouchement : la venue d'un gynécologue est préférable à une extraction souvent entachée d'aléas et souvent humiliante (menottes et chaînes ; présence de surveillantes durant les soins)". Le Contrôleur recommande en outre que "dans la gestion de ces cellules ou quartiers « nurserie », une approche pluridisciplinaire soit toujours privilégiée et qu'y soient affectés des personnels de surveillance volontaires, choisis pour leur calme et ayant reçu une formation particulière".

Conférence nationale de santé - Droits des usagers - Accès à la santé - Médiation - Démocratie sanitaire - Année 2012



[Rapport 2012](#) sur les droits des usagers de la Conférence nationale de santé - "Réduire les inégalités d'accès à la santé... en renforçant la participation des usagers" - La Conférence émet quatre recommandations pour renforcer l'effectivité des droits des usagers, notamment sur ce qui relève de l'accès aux soins : favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social, améliorer l'accès à la santé en mettant en œuvre une mission territoriale de service public en santé incluant une mission d'« observation-évaluation », au niveau régional, de l'accès aux droits et à la santé, faciliter et renforcer les médiations en santé, et favoriser la participation (démocratique) des usagers et des populations aux politiques de santé. Le rapport rappelle en annexe les « *principales recommandations issues des 4 premiers rapports sur le respect des droits des usagers* » sur les thèmes de la promotion et du respect de ces droits, du parachèvement de la démocratie sanitaire, ou du refus de soins.

ORGANISATION DES SOINS

Groupement d'intérêt public SAMU social de Paris – Agrément – Renouvellement – Dotation

[Arrêté du 5 septembre 2013](#) portant renouvellement d'agrément d'actions médico-sociales en faveur de personnes en situation de précarité - Cet arrêté précise qu'il est accordé au groupement d'intérêt public SAMU social de Paris un agrément pour une durée de cinq ans renouvelable au titre des activités suivantes : Equipes mobiles d'intervention - Centres d'hébergement d'urgence pour soins infirmiers - Accueil santé de jour de l'Espace solidarité insertion.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

[Rapport de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé \(ANSM\) – « Analyse des ventes de médicaments en France en 2012 »](#) - L'ANSM publie chaque année, un rapport d'analyse des ventes de médicaments, remboursables ou non, réalisées en officines et dans les hôpitaux, à partir des données exhaustives transmises par les laboratoires. L'Agence constate que les données de l'année 2012 font apparaître « *un arrêt de la croissance en valeur du marché pharmaceutique national, qui représente environ 27,2 milliards d'euros (21,1 milliards d'euros de ventes destinées aux officines et environ 6,1 milliards d'euros de ventes aux hôpitaux). Ce marché subit un recul global de -1,5 %, mais il n'a pas la même évolution en ville ou à l'hôpital, puisque si les ventes réalisées en officines ont reculé de 2,8 %, celles destinées aux établissements hospitaliers ont progressé de + 3 % en valeur.* »



DOMAINE PUBLIC ET PRIVÉ

Foncier public - Logement social - Décote - Etablissements publics de santé - Spécificités

[Courrier du 4 septembre 2013](#) de la Ministre de l'Égalité des Territoires et du Logement, relatif aux modalités d'application de la loi n°2013-61 du 18 janvier 2013 aux terrains relevant des établissements publics de santé - Ce courrier de la Ministre de l'Égalité des Territoires et du Logement adressée au président de la Fédération Hospitalière de France (FHF) traite de l'application de la loi 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. La Ministre indique que "*des spécificités apparaissent concernant l'application du texte aux établissements de santé*". Ainsi, "*les inspections générales des finances et des affaires sociales ainsi que le conseil général de l'environnement et du développement durable sont actuellement chargés d'analyser les volumes potentiellement cessibles relevant des établissements de santé, leurs possibilités en matière de programmation urbaine mais aussi l'impact attendu sur leur situation financière*". Cette évaluation permettra "*de préciser les modalités qui seront applicables aux établissements publics hospitaliers*" afin de "*mettre en œuvre la loi dans les meilleures conditions possibles*".

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

