



L'Institut Droit et Santé et la Chaire Santé de Sciences Po organisent en partenariat avec la Conférence Nationale de Santé, sous le Haut patronage de la Commission Européenne, du Ministre des affaires Etrangères et Européennes, et de la Direction Générale de la Santé
le mardi 23 juin 2009 de 9h00 à 18h00,
un colloque sur le thème
« Les droits du patient européen »
Pour vous inscrire veuillez cliquer [ici](#)

Institut Droit et Santé,
45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 6.
Tél. : 01.42.86.42.10.
E-mail : ids@parisdescartes.fr
Site : <http://www.institutdroitetsante.fr>

Veille juridique sur les principales évolutions législatives, jurisprudentielles et doctrinales en droit de la santé

N° 77 : Période du 1er au 15 juin 2009

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	10
3. Professionnels de santé.....	14
4. Etablissements de santé	18
5. Politiques et structures médico-sociales	21
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	21
7. Santé environnementale et santé au travail.....	26
8. Santé animale	33
9. Protection sociale contre la maladie	34

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation européenne :

– **Maladie rare - plan - stratégie - recherche - association de patients - responsabilisation** (www.consilium.europa.eu) :

[Recommandation](#) du Conseil du 9 juin 2009 relative à une action dans le domaine des maladies rares. Le Conseil de l'Union européenne recommande aux Etats membres d'élaborer et d'adopter des plans et des stratégies dans le domaine des maladies rares. Il leur recommande également d'encourager et de favoriser la recherche en la matière et de promouvoir les activités des associations de patients, comme celles visant à la sensibilisation, au renforcement des capacités et à la formation, à l'échange d'informations et de bonnes pratiques, à la création de réseaux et à l'extension des services aux patients très isolés.

Législation interne :

– **Ministère chargé de la santé - administration centrale - protection sociale - décret n° 2005-1795** (J.O. du 9 juin 2009) :

[Décret n° 2009-639 du 8 juin 2009](#) relatif à l'administration centrale des ministères chargés de la santé, des affaires sociales, de la protection sociale, des sports, de la jeunesse et de la vie associative et complétant le décret n° 2005-1795 du 30 décembre 2005 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

– **Soin gratuit - emploi réservé - contentieux** (J.O. du 7 juin 2009) :

[Décret n° 2009-629 du 5 juin 2009](#) relatif aux emplois réservés et au contentieux des soins gratuits.

– **Agence régionale de l'hospitalisation - compte financier - 2008** (J.O. des 30 mai, 9 et 11 juin 2009) :

Arrêtés [n° 23](#) du 29 mai 2009, [n° 26](#) et [n° 27](#) du 30 mai 2009 et [n° 53](#) du 2 juin 2009 pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique portant approbation du compte financier 2008 de l'agence régionale de l'hospitalisation respectivement de Guyane, de Haute-Normandie, de la Martinique et de la Franche-Comté.

– **Certificat de santé - enfant - modèle d'imprimé - [arrêté du 5 décembre 2005](#)** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 165) :

[Arrêté du 11 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 5 décembre 2005 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les premier, deuxième et troisième certificats de santé de l'enfant.

– **Haute autorité de santé - charte déontologique - règlement intérieur** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Décision](#) du collège de la Haute Autorité de santé du 19 novembre 2008 adoptant la charte de déontologie et l'annexant aux règlements intérieurs et aux formulaires de déclaration d'intérêts et modifiant le règlement intérieur des services.

– **Haute Autorité de santé - règlement intérieur** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Décision](#) du collège de la Haute Autorité de santé du 16 avril 2008 portant règlement intérieur du collège.

– **Haute autorité de santé - règlement intérieur - modification** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Décision](#) du collège de la Haute Autorité de santé du 10 décembre 2008 portant modification du règlement intérieur du collège.

– **Haute Autorité de santé - organisation** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 87) :

[Décision n° 2009-04-010/MJ](#) du 1^{er} avril 2009 prise par le président de la Haute Autorité de santé portant modification de la décision d'organisation générale de la Haute Autorité de santé.

– **Personne à haut risque vital - personne hospitalisée à domicile - événement climatique extrême** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 207) :

[Circulaire DGS/DUS n° 2009-84 du 24 mars 2009](#) prise par le ministère de la santé et des sports rappelant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour la prise en

charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en prévision et en situation d'événements climatiques extrêmes.

– **Plan canicule - 2009** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 173) :

[Circulaire DGAS/SD2 n° 2009-79 du 17 mars 2009](#) prise par le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relative à l'application du plan canicule 2009.

– **Bonne pratique - hygiène - guide - Hazard Analysis Critical Control Point (HACCP)** (J.O. du 9 juin 2009) :

[Avis](#) du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi de validation d'un guide de bonnes pratiques d'hygiène et d'application des principes HACCP.

– **Calendrier des vaccinations - recommandation vaccinale - 2009 - Haut conseil de la santé publique** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 210) :

[Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009](#) selon l'avis du Haut conseil de la santé publique.

Doctrine :

– **Grossesse - contraception - estroprogestatif - progestatif - préservatif - vasectomie** (La revue Prescrire, juin 2009, p. 447) :

Article de la rédaction de la revue Prescrire intitulé : « *Prévenir les grossesses non désirées, informer femmes et hommes pour choisir une contraception* ». La synthèse des méthodes contraceptives les plus utiles met d'abord en avant l'efficacité des estroprogestatifs et des progestatifs faiblement dosés. Les préservatifs auraient quant à eux une efficacité moindre, mais ont l'avantage de protéger des infections sexuellement transmissibles. La rédaction souligne enfin que la stérilisation tubaire et la vasectomie sont à réserver aux personnes ne désirant plus avoir d'enfant.

– **Cannabis - douleur - delta9-tétrahydrocannabinol (THC) - effet antalgique - Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** (La revue Prescrire, juin 2009, p. 443) :

Synthèse élaborée par la rédaction de la revue Prescrire intitulée : « *Dérivés du cannabis et douleur* ». La rédaction de la revue Prescrire revient sur la découverte de récepteurs endogènes du THC ainsi que sur des études de pharmacologie corroborées par le témoignage de certains patients qui ont conduit à évaluer l'éventuel effet antalgique du cannabis. Ainsi, des essais ont révélé que le cannabis fumé semble avoir un effet antalgique sur les patients atteints de neuropathie douloureuse et sur les patients infectés par le VIH. Néanmoins, la rédaction précise que les dérivés du cannabis ont des effets indésirables neuropsychiques.

– **Tabac - publicité - [loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 \(loi Evin\)](#)** (C.A. Paris, 29 janvier 1998, n° 96/07545) (Gazette du Palais, mai 2009, p. 3) :

Article de F. Greffe intitulé : « *A propos de « l'affiche retouchée » de l'exposition consacrée à Jacques Tati* ». L'auteur évoque une affiche publicitaire représentant la pipe de Jacques Tati par un moulin à vent. Il précise que cette transformation de l'affiche originale aurait été faite dans le souci de respecter la loi Evin qui interdit « *la propagande ou la publicité indirecte en faveur des produits du tabac* ». Il compare ces faits à l'affaire des cartes postales représentant la célèbre gitane. La Cour d'appel de Paris avait, dans cette espèce, écarté l'application de la loi Evin au motif que le visuel « *n'a pas pour but de promouvoir un produit du tabac ou le tabac lui-même* ». Ainsi, l'auteur note que : « *la représentation d'affiches anciennes, comme celles de photographies de personnalités qui fument, n'ont pas forcément pour but de promouvoir un produit du tabac* ».

– **Système de soins - responsabilisation - médecin - risque - parcours de soins** (www.annuaire-secu.com) :

[Article](#) de G. Arcega intitulé : « *L'organisation du système de soins : comment responsabiliser ?* ». L'auteur propose une réflexion sur l'organisation du système de soins, essentiellement en ce qui concerne la médecine de ville. Il se demande notamment « *s'il faut décider qu'il y a des grands et des petits risques, quel partage envisager avec la complémentarité et s'il faut des médecins référents ou des médecins traitants* ». Il s'interroge également sur la façon de responsabiliser, en faisant payer, en déremboursant les risques considérés comme mineurs ou en instaurant des parcours de soins.

– **Hépatite B et C - dépistage - vaccin - prise en charge** (Le concours médical, juin 2009, n° 11) :

Au sommaire du Concours médical figurent les articles suivants :

- « *Plan Hépatite B et C 2009-2012* » par A. Trébuçq et C. Jestin, p. 395 ;
- « *L'ANGREHC : mobiliser l'ensemble des généralistes contre les hépatopathies* » par X. Aknine, p. 398 ;

- « *La difficulté de prise en charge des patients atteints d'hépatite B et C par les praticiens libéraux* » par J.F. Rey, p. 399
- « Réseau alsacien « Maternité et Addiction » » par M. Weil, M. Reichert, J.-P. Lang, I. Nisand et M. Doffoël, p. 400 ;
- « *Agir pour faire reculer l'hépatite B* » par D. Desclerc-Dulac, p. 402 ;
- « *Dépistage des hépatites B et C en médecine générale* » par P. Sogni ;
- « *Hépatite B et travail* » par C. Goujon, p. 406 ;
- « *Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B : plus de bénéfiques que de risques* » par N. Postel-Vinay, p. 408 ;
- « *Dépistage et vaccination : ce qu'en pensent mes médecins* » par C. Jestin, N. Vignier et E. Le Lay, p. 410.

- **Tabac - mesure de régulation - producteur - consommateur** (Journal of medical ethics, n° 6 juin 2009, p. 365) :

Article de C. R. Hooper et C. Agule intitulé : « *Tobacco regulation : autonomy up in smoke ?* ». Selon les auteurs, l'incidence de la consommation du tabac a sensiblement augmenté en Afrique, en Asie ainsi qu'en Amérique du sud. Elle a également un impact sur le taux de mortalité dans ces continents. Cet article présente un panorama des mesures de régulation proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé. Les auteurs s'opposent à ces mesures. En effet, ils considèrent qu'elles portent atteinte à la liberté des producteurs et des consommateurs de tabac et arguent qu'il s'agit d'une interdiction camouflée de la production, de la vente et de la consommation du tabac.

- **Tabac - consommation - article 2 de la [Convention européenne des droits de l'homme](#) - risque sanitaire - prévention - information** (conclusions sous T.A. Bordeaux, 5 novembre 2008, n° 0701796) (AJDA, juin 2009, p. 1110) :

Conclusions du commissaire du gouvernement relatives à l'arrêt rendu le 5 novembre 2008 par le Tribunal administratif de Bordeaux. En l'espèce, M. X., consommant quarante à soixante cigarettes par jour depuis très longtemps, a été informé qu'il souffrait d'un carcinome du larynx. Le traitement administré a donné de bons résultats mais M. X. a repris sa consommation habituelle de tabac et son état s'est sérieusement dégradé. Considérant que l'intoxication tabagique dont il était atteint résultait d'une défaillance de l'Etat dans sa politique de prévention des risques sanitaires, M. X. a demandé au Tribunal administratif de Bordeaux de condamner l'Etat à lui verser des indemnités au titre des préjudices subis. Le commissaire du gouvernement souligne que l'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme impose la protection de la vie, notamment dans le domaine de la santé publique. Les manquements à cette obligation, qui peut exiger l'organisation d'une prévention contre un risque sanitaire, sont susceptibles d'engager la responsabilité de l'Etat. Mais en ce qui concerne le cas particulier des dangers de la consommation du tabac, les autorités publiques françaises, selon le

commissaire du gouvernement, n'ont pas manqué à l'obligation d'information sur la nocivité de cette consommation.

Divers :

– **Institut de veille sanitaire (InVS) - voyageur - recommandation sanitaire** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 2 juin 2009, n° 23-24) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Ce numéro thématique intitulé : « *Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2009* » comporte les articles suivants :

- « *Recommandation pour les voyageurs : quoi de neuf en 2009 ?* » par E. Caumes ;
- « *Recommandations sanitaires pour les voyageurs 2009 (à l'intention des professionnels de santé)* » par la direction générale de la santé du Haut conseil de la santé publique.

– **Santé mentale - travail - environnement psychosocial** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 9 juin 2009, n° 25- 26) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Ce numéro thématique intitulé : « *Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller* » comporte les articles suivants :

- « *Santé mentale et travail, de la connaissance à la surveillance* » par C. Cohidon, E. Imbernon ;
- « *Dépister ou diagnostiquer les risques psychosociaux : quels outils ?* » par D. Chouanière ;
- « *Mal-être et environnement psychosocial au travail : premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France* » par C. Cohidon, B. Arnaudo, M. Murcia ;
- « *Épidémiologie et clinique médicale du travail : le pari du programme Samotrace, France* » par C. Torres ;
- « *Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France 2004* » par I. Niedhammer, S. David, S. Degioanni ;
- « *Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active : l'expérience du programme Aprand, France* » par C. Godard, A. Chevalier, C. Gouffier ;
- « *Enquête Surveillance médicale des expositions aux risques - Sumer, France* ».

– **Psychothérapie - secte - dérive thérapeutique - mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) - [loi du 9 août 2004 \(www.miviludes.gouv.fr\)](http://www.miviludes.gouv.fr)** :

[Rapport annuel 2008](#) de la Miviludes rendu au premier ministre. Dans ce rapport, la Miviludes s'inquiète des déviances sectaires observées dans un certain nombre de pratiques de psychothérapie. Le rapport liste les secteurs soumis à la pression sectaire et souligne dans sa troisième partie les risques dans le champ de la santé, qui résultent notamment des pratiques liées aux soins. Parmi les huit recommandations, les auteurs préconisent la protection du titre de psychothérapeute pour lequel les dispositions d'application de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 sont toujours en attente. Enfin, un groupe d'appui technique devrait travailler sur les dérives thérapeutiques liées aux pratiques non conventionnelles à visées thérapeutiques.

– **Oncogériatrie - dépistage - diagnostic précoce - traitement - Institut national du cancer (INCa)** (www.e-cancer.fr) :

[État des lieux et perspectives](#) en oncogériatrie réalisé par l'INCa. L'objet de ce rapport est de mieux connaître les spécificités des cancers chez les plus de 75 ans en matière de diagnostic précoce et de traitement. Selon l'INCa, les plus de 75 ans représentaient 5 millions de personnes en 2005. Ces personnes seront deux fois plus nombreuses en 2050. Le rapport fait également certaines propositions. Il préconise la généralisation de la coordination entre les équipes de gériatrie et de cancérologie, la distinction du dépistage de masse et du dépistage individuel précoce, le développement des thérapeutiques applicables en fonction de l'état de santé de la personne âgée et comportant des risques et des effets secondaires acceptables, ainsi que la structuration de la trajectoire personnalisée de soins des patients âgés atteints de cancer en s'appuyant sur les aidants naturels.

– **Chicha - tabac - fumée - risque pour la santé - Institut national du cancer (INCa)** (www.e-cancer.fr) :

[Fiche repère](#) de l'INCa intitulée : « *La chicha et risques pour la santé* ». L'INCa explique que la chicha est une pipe à eau permettant de fumer du tabac et que ce mode de consommation donne le sentiment de pouvoir fumer en toute sécurité. Néanmoins, il souligne que le tabac à chicha utilisé le plus fréquemment en France, est composé généralement de 28 % de tabac, de 70 % de mélasse (liquide sirupeux contenant environ 50 % de sucre et qui donne un aspect pâteux et poisseux au tabac à chicha), le reste étant constitué d'arômes, d'agents de textures et de conservateurs. Selon l'INCa, 50 % des jeunes de 16 ans ont déjà au moins une fois fumé la chicha. Il se prononce ensuite sur la toxicité de la fumée de la chicha, notamment du fait de son passage dans l'eau et retient que la teneur de la fumée de chicha, notamment en béryllium, en chrome, en cobalt, en plomb et en nickel est plus élevée que celle de la fumée de cigarette.

– **Maladie rare - plan - stratégie - recherche - association de patients - responsabilisation** (www.afsset.fr) :

Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail relatif à «*l'évaluation du risque sanitaire pour l'homme lié à la présence de virus Influenza pandémique dans l'air des bâtiments et sa diffusion éventuelle par les dispositifs de ventilation*». En cas de circulation de virus Influenza pandémique de niveau d'alerte 6, il est tout d'abord recommandé d'appliquer rigoureusement les mesures de protection sanitaires individuelles du plan national «*pandémie grippale*» comme le lavage régulier des mains et le port du masque pour les personnes présentant des signes d'infection. Les occupants des bâtiments collectifs doivent être protégés et il est conseillé d'aérer plusieurs fois par jour pour «*diluer les virus*».

– **Santé - prison - disparité homme/femme - étude - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** (www.euro.who.int) :

Etude de l'OMS intitulée : «*La santé des femmes en milieu carcéral. Eliminer les disparités entre les sexes en matière de santé dans les prisons*». Selon l'OMS, les femmes de par leur sexe constituent un groupe particulier de la population carcérale. Bien que «*les besoins des prisonnières puissent varier considérablement d'un pays à l'autre, plusieurs facteurs généraux peuvent néanmoins être dégagés*». Ainsi, l'OMS souligne notamment la nécessité de fournir des soins de santé spécifiques aux femmes incarcérées. En outre, l'étude revient sur l'organisation des services de santé pour ces détenues ou encore sur les violences ou abus que ces dernières peuvent subir. En définitive, l'OMS recommande notamment que soit mis en place un système de justice pénale qui tienne compte de la dimension homme-femme, une politique de santé et d'aide sociale appropriée aux besoins des femmes passant notamment par une formation à la spécificité des sexes et des consultations cliniques avec prise en compte des souhaits personnels, ou encore la possibilité d'accéder à des soins de santé spécialisés : par exemple, pour la santé mentale, avec assistance lorsqu'il y a des antécédents d'abus ; pour le VIH, l'hépatite C, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses ; pour la dépendance à la drogue et à l'alcool ; pour les troubles de l'apprentissage ; et pour la santé génésique.

– **Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) - présentation - activité - Loi du 9 août 2004** (www.hcsp.fr) :

Rapport d'activité 2008 du HCSP. Après une présentation du HCSP créé par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, ce rapport présente le collège, la commission sécurité sanitaire, la commission maladies chroniques et incapacités, la commission prévention et déterminants de santé, la commission évaluation, stratégie et prospective ainsi que le secrétariat général et leurs missions respectives.

– Santé mentale – psychiatrie – prise en charge – [rapport Couty](#) – [loi n° 2005-102 du 11 février 2005](#) (www.senat.fr) :

[Rapport](#) de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé réalisé par A. Million sur la prise en charge psychiatrique en France. L'auteur du rapport propose l'organisation d'états généraux de la santé mentale réunissant l'ensemble des professionnels concernés, en deux étapes, régionale puis nationale, et l'autorisation d'une expérimentation dans quelques départements du groupement local de coordination en santé mentale suggéré dans le rapport Couty. Au vu des résultats de ces deux démarches, le rapport indique qu'un projet de loi pour « *permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population* » pourrait être déposé. Cette démarche reprendrait la stratégie utilisée avec le rapport sur le handicap en 2003 puis le vote de la loi du 11 février 2005. Le rapport évoque également la création d'une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers, et le développement de l'exercice libéral des infirmiers spécialisés titulaires de l'ancien diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique pour le suivi des patients.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Législation :

Législation européenne :

– **Soin de santé transfrontalier – droit des patients** (J.O.U.E. du 6 juin 2009) :

[Projet d'avis](#) du contrôleur européen des données concernant la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

– **Sécurité des patients – Conseil de l'Union Européenne – recommandation** (www.consilium.europa.eu) :

[Recommandation](#) du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci. Le Conseil estime notamment que, « *dans les États membres, de 8 à 12 % des patients hospitalisés sont victimes d'évènements indésirables alors que des soins de santé leur sont dispensés* », « *une sécurité des patients insuffisante représente à la fois un grave problème de santé publique et un fardeau économique élevé pesant sur des ressources sanitaires limitées. Une grande partie des évènements indésirables, tant dans le secteur hospitalier que dans les soins de santé primaires, sont évitables et il semblerait que des facteurs systémiques soient à la*

base d'une majorité d'entre eux », ou encore qu'il convient « d'informer les patients et de les faire participer davantage au processus visant à garantir leur sécurité. Ils devraient être au courant des normes de sécurité des patients, des meilleures pratiques et/ou des mesures de sécurité en place et de la manière dont ils peuvent trouver des informations accessibles et compréhensibles sur les systèmes de réclamation et de recours ». En conséquence, le Conseil recommande de soutenir la mise en place et le développement de politiques et de programmes nationaux de sécurité des patients, d'autonomiser et d'informer les citoyens et les patients ou encore de favoriser l'instauration de systèmes de signalement des événements indésirables capables de tirer des enseignements des défaillances et ne revêtant aucun caractère punitif.

Législation interne :

– **Usager - instance hospitalière - instance de santé publique - association - Association Organisation générale des consommateurs (ORGECO)** (J.O. du 05 juin 2009) :

[Arrêté du 26 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et du sports portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Est agréée au niveau national pour une période de cinq ans, l'association organisation générale des consommateurs (ORGECO).

Jurisprudence :

– **Intervention chirurgicale - perforation - intestin - aléa thérapeutique - faute - responsabilité - médecin - réparation** (Cass. civ. 1^{ère}, 28 mai 2009, [n° 08-13406](#)) :

En l'espèce, M. X. a subi, le 15 janvier 1999, une perforation de l'intestin grêle lors de la réalisation d'une cholécystectomie par voie coelioscopique. Il recherche la responsabilité du docteur Y. qui a pratiqué l'intervention. La Cour de cassation retient que la perforation ne relevait pas de l'aléa thérapeutique, mais d'une faute du docteur Y. Elle constate en effet que l'intestin grêle de M. X. a été perforé lors de la mise en place des trocarts et que cette perforation n'était pas nécessaire pour réaliser l'intervention. Elle souligne également que la portion de l'intestin atteint ne présentait aucune anomalie rendant l'atteinte inévitable. Elle estime par conséquent que la cour d'appel a légalement justifié sa décision en déduisant, tant de l'absence de prédispositions du patient que des modalités de réalisation de cette intervention, que la perforation dont celui-ci avait été victime ne relevait pas de l'aléa thérapeutique mais était la conséquence d'une faute de M. Y. qui était tenu d'en réparer les conséquences dommageables.

– **Faute médicale - intégrité physique et morale - responsabilité de l'Etat - droit à réparation - consentement - article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme** (CEDH, aff. Codarcea c/Roumanie, Section III, 02 juin 2009, [n° 31675/04](#)) :

En l'espèce, Mme X. a été admise le 4 juin 1996 dans un hôpital municipal de Roumanie pour l'extraction d'un papillome sous-mandibulaire et un problème de cicatrisation postopératoire à la cuisse droite. Les interventions de chirurgie plastique subies à cette occasion lui ont causé une parésie faciale du côté droit et de nombreuses séquelles. Le 5 juin 1998, Mme X. porte plainte avec constitution de partie civile contre le docteur Y. mais l'action pénale est définitivement classée par une décision du tribunal départemental de Roumanie. Saisie le 9 août 2004, la Cour européenne des droits de l'homme rappelle d'abord que « *les questions liées à l'intégrité physique et morale des personnes ainsi qu'à leur consentement aux actes médicaux qui leur sont prodigués entrent dans le champ d'application de l'article 8* ». Elle souligne ensuite que « *les Etats parties à la Convention ont l'obligation de mettre en place un cadre réglementaire imposant aux hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, l'adoption de mesures propres à assurer le respect de l'intégrité physique de leurs patients* ». Elle estime également que « *tout patient doit être informé des conséquences d'une intervention médicale et doit pouvoir y consentir ou pas en toute connaissance de cause. A défaut d'une telle information, lorsque l'intervention a lieu dans le cadre d'un hôpital public, les Etats peuvent être tenus pour directement responsables* ». En l'espèce, la CEDH relève que Mme X. a eu formellement accès à une procédure qui lui a permis de faire reconnaître la responsabilité du médecin qui l'avait opérée. Mais elle estime en revanche que la somme qui lui a été allouée par les juridictions internes n'a jamais pu être recouvrée. La CEDH conclut donc à la violation de l'article 8 en raison de l'impossibilité pour Mme X. d'obtenir la réparation qui lui a été reconnue par une décision de justice pour les conséquences de la faute médicale dont elle a été victime.

Doctrine :

– **Hormone de croissance - responsabilité pénale - délit non intentionnel - faute caractérisée - responsabilité civile - lien de causalité - Centre d'études et de recherche droit et santé (CEERDS)** (Note sous TGI Paris, 14 janvier 2009) (Recueil Dalloz, n° 21, 2009, p. 1459) :

Note de G. Croize, A. Gascon-Bastide, M. Parisot, M. Reynier, F. Vialla intitulée : « *Affaire de « l'hormone de croissance » : tout ça pour ça ?* ». Le tribunal correctionnel de Paris a prononcé, le 14 janvier 2009, la relaxe générale des six prévenus. Sur le plan pénal, les juges ont considéré qu'il ne pouvait être reproché aux prévenus des faits d'homicides et de blessures involontaires. Ils ont de même estimé que l'infraction de tromperie n'était pas constituée. Sur le plan civil, ils ont retenu la responsabilité civile de deux prévenus. Les auteurs reviennent sur la relaxe pénale

maintes fois « *décriée* » ainsi que sur la faute civile « *reconnue mais occultée* » dans la mesure où, « *dans le cas de l'affaire de l'hormone de croissance, la démonstration de l'existence d'une faute civile basée sur le fait personnel s'est avérée complexe* ». Selon les auteurs, la « *sanction civile [...] démontre toute la difficulté qu'il y a à réunir faute et dommage par un lien suffisamment fort dans les affaires de santé, et notamment celles où interviennent des thérapeutiques nouvelles* ».

– **Secret médical - information - communication à un tiers - accord de la victime - absence d'opposition - Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAT)** (Commentaire sous Cass. Civ., 2^{ème}, 19 février 2009, n° [08-11959](#)) (J.C.P. Juridique et Social, n° 24, 9 juin 2009, p. 1261) :

Commentaire de D. Asquinazi-Bailleux intitulé : « *Informations couvertes par le secret médical* ». En l'espèce, la société Y. a saisi un tribunal du contentieux de l'incapacité d'une contestation du taux d'incapacité permanente partielle attribué par la caisse à sa salariée Mme X. à la suite de l'accident du travail dont celle-ci a été victime le 27 décembre 1990. Par un arrêt du 14 décembre 1999, la CNITAT a ordonné une expertise médicale, en précisant que l'expert devrait se faire communiquer par le médecin du travail et le service du contrôle médical de la caisse le dossier médical de la victime. Or, cette dernière ne s'est pas présentée devant l'expert. La Cour de cassation relève que dans le cadre de la procédure de contestation du taux d'incapacité permanente partielle, initiée par l'employeur de la victime, ont été sollicitées différentes pièces médicales que la caisse n'a pas fournies. Dès lors, le débat contradictoire n'a pas pu être conduit, ayant pour conséquence de priver l'employeur de l'exercice effectif de son droit de recours. La caisse, quant à elle, argue du fait qu'elle ne peut se voir enjoindre de communiquer des pièces qui ne sont pas en sa possession. La Cour de cassation casse l'arrêt rendu par la CNITAT au motif que « *des informations couvertes par le secret médical ne peuvent être communiquées à un tiers sans que soit constaté l'accord de la victime ou son absence d'opposition à la levée de ce secret, de sorte que la caisse ne pouvait être contrainte de communiquer à la société de telles informations* ». Selon l'auteur, « *cet arrêt confirme que le secret médical demeure légitime. Il ne cède pas devant le respect du contradictoire. Seul le patient a la faculté de délier le médecin du secret* ».

– **Corps humain - cadavre - utilisation - licéité de l'origine - exposition « *our body, à corps ouvert* » - fermeture** (Gazette du Palais, mai 2009, p. 2) :

Article de E. Pierroux intitulé : « *« Our body, à corps ouvert », l'exposition fermée* ». Le 30 avril 2009, le Premier président de la Cour d'appel de Paris a confirmé l'interdiction judiciaire de l'exposition « *Our body, à corps ouvert* » qui présentait à Paris des cadavres et des organes. L'auteur revient sur l'utilisation du cadavre à des fins scientifiques ou pédagogiques, sur la licéité de l'origine du cadavre pour laquelle des doutes pesaient et sur le consentement de la personne, de son vivant, sur l'utilisation de son cadavre.

Divers :

– **Dossier médical - conservation - archivage - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) - article [R. 4127-45](#) du Code de la santé publique (www.conseil-national.medecin.fr) :**

Document du CNOM du 19 mai 2009 intitulé : « *Dossiers médicaux : conservation et archivage* ». Selon le CNOM, la conservation des dossiers médicaux répond au besoin de continuité des soins aux patients. Par ailleurs, elle permet de répondre « à une demande de communication du dossier formulée par le patient ou ses ayants droit » et constitue enfin « un moyen de preuve en cas d'action de recherche en responsabilité civile ». Après avoir étudié la législation en vigueur sur le sujet, le CNOM met en exergue les points qui posent difficultés. Ainsi, il retient notamment qu' « après transmission et tri, le médecin a [seul] la responsabilité de la conservation de ces dossiers médicaux », qu'« aucun texte ne fixe pour les médecins libéraux la durée de conservation de leurs archives ».

– **Patient - établissement de santé - sécurité - étude - état des lieux - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) – perspective (www.sante.gouv.fr) :**

[Etude](#) n° 89 de la DREES de mai 2009 intitulée : « *Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : Etats des lieux et perspectives* ». Dans cette étude, la DREES rappelle que « trois initiatives internationales apparaissent majeures par leur contribution au développement d'indicateurs de sécurité des patients ». Ce rapport analyse sur la base de 108 sites Internet, 18 rapports et 11 articles critiques, le développement de ces indicateurs et envisage leur utilisation dans le contexte hospitalier français. Les problèmes éventuels posés par leur collecte en France sont notamment « le caractère imprécis de certaines définitions, source de biais (sensibilité/spécificité, ajustement) » ou encore « la faible fréquence qui limite les comparaisons inter-établissements ». Si l'enjeu de la mesure est de taille et suppose d'investir pour surmonter ces problèmes, l'analyse montre aussi « le besoin complémentaire d'évaluation qualitative, le rôle de la diffusion d'une « culture de sécurité », et l'importance d'une coordination des remontées d'information sur la sécurité du patient ».

3. Professionnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Orthophoniste – certificat de capacité – première année d'études préparatoires – nombre d'étudiants** (J.O. du 14 juin 2009) :

[Arrêté du 9 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au certificat de capacité d'orthophoniste.

– **Médecine – autorisation d'exercice – France – article [L. 4111-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 5 juin 2009) :

[Arrêté du 28 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports portant autorisation d'exercice de la médecine en France dans le cadre des dispositions de l'article L. 4111-4 du Code de la santé publique.

– **Infirmier – spécialité 5730 – recrutement externe – 2010** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Avis du 10 juin 2009](#) pris par le ministre de la défense relatif au recrutement «externe» spécialité 5730 «infirmier» en 2010.

– **Concours professionnel sur titre – cadre supérieur de santé – recrutement** (J.O. du 4 juin 2009) :

Avis [n° 71](#), [n° 72](#) et [n° 73](#) du 4 juin 2009, [n° 129](#) et [n° 130](#) du 13 juin 2009 de concours professionnel sur titres pour le recrutement de cadres supérieurs de santé pris par la ministre de la santé et des sports.

Jurisprudence :

– **Responsabilité professionnelle – assurance – chirurgien – réclamation – article [L. 251-2](#) du Code des assurances – [loi du 31 décembre 2002](#)** (Cass. Civ., 2^{ème}, 28 mai 2009, [n° 08-14449](#)) :

M. X, chirurgien, assuré pour sa responsabilité professionnelle par la société X jusqu'au 31 décembre 2001, puis par la société Y à partir du 1er janvier 2002, a opéré Mme Y. le 13 septembre 1999. Se plaignant de la persistance de séquelles, celle-ci a assigné M. X. en responsabilité et indemnisation de son préjudice le 21 mars 2006. Ce dernier a appelé la société X. à le garantir, laquelle a fait intervenir à son tour la

société Y. La Cour d'appel a condamné *in solidum* l'assureur garant lors de la réalisation du dommage et M. X. à payer à Mme Y. des dommages et intérêts au motif qu' « il résulte de la combinaison de l'article L. 251-2 du Code des assurances, issu de la loi du 30 décembre 2002 publiée au Journal officiel du 31 décembre 2002 et de l'article 5 de cette loi relatif aux modalités d'entrée en vigueur de ces dispositions, que la date de la première réclamation doit être prise en compte pour les contrats d'assurance conclus ou renouvelés à compter du 31 décembre 2002, mais n'est pas applicable aux contrats antérieurs à la publication de la loi ». La Cour de cassation casse et annule la décision de la Cour d'appel et retient « qu'en statuant ainsi, sans rechercher si le contrat souscrit par M. X... avec la société [Y] le 1er janvier 2002 avait été renouvelé après le 1er janvier 2003 quand la première réclamation était postérieure à cette date, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision ».

– **Médecin - allocation de remplacement - activité libérale - activité salariée - cumul - Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) - [loi n° 88-16 du 5 janvier 1988](#) - [décret n° 97-379 du 21 avril 1997](#) (Cass. Civ., 2^{ème}, 28 mai 2009, n° 08-15353) :**

En l'espèce, M. X., né le 8 juin 1943, a avisé en juin 2000 la CARMF de sa décision de cesser son activité médicale libérale à partir du 1er octobre 2000. Il a alors sollicité, à compter de cette date, le bénéfice de l'allocation de remplacement instituée en faveur des médecins âgés de 57 ans qui cessent définitivement leur activité non salariée. Cette allocation lui a été versée. Il a ensuite déclaré exercer une activité salariée au profit de la SARL X., qui lui procurait des revenus dont les montants permettaient le cumul avec ladite prestation. Toutefois, à la suite d'un contrôle, la caisse, estimant qu'il exerçait une activité d'expert par nature libérale et qu'il ne pouvait se prévaloir d'un lien de subordination par rapport à une société dont il possédait la moitié des parts et dont la gérance était assurée par son épouse, non-médecin, a procédé à sa réaffiliation et lui a réclamé le remboursement de l'allocation. M. X a alors exercé un recours devant la commission de recours amiable de la CARMF. Celle-ci ayant rejeté sa requête, il a demandé l'annulation de sa décision à la juridiction de sécurité sociale. La première décision ayant été confirmée, il se pourvoit en cassation. La Cour de cassation casse et annule la décision des juges du fond au visa des articles 4-1 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 et 1er du décret n° 97-379 du 21 avril 1997 dont il résulte « que le médecin qui sollicite le bénéfice de l'allocation visant à lui garantir un revenu de remplacement doit cesser définitivement toute activité médicale non salariée, la seule poursuite d'activité autorisée concernant une activité salariée présentant un caractère accessoire ». La Haute juridiction précise qu'en l'espèce l'activité de M. X. « consistait en l'accomplissement d'un nombre limité d'expertises, qu'il ne se livrait à aucune prescription et que dans ces conditions, si l'activité exercée était de nature libérale, elle ne contrevenait pas pour autant aux obligations imparties aux bénéficiaires de l'allocation de remplacement ».

Doctrine :

– **Concurrence - pharmacie d'officine - maison de retraite - approvisionnement - Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens** (Autorité de la concurrence, 22 avril 2009, [n° 09-D-17](#)) (Lamy Droit des affaires, mai 2009, p. 50) :

Note anonyme intitulée : « *Répartition de marché : condamnation d'un ordre de pharmaciens* ». Dans une décision du 22 avril 2009, l'Autorité de la concurrence a sanctionné un ordre régional de pharmaciens pour avoir incité une maison de retraite à s'adresser aux pharmaciens les plus proches de son implantation pour son approvisionnement. L'auteur rappelle le raisonnement emprunté par l'Autorité qui a considéré que « *le fait d'inciter la maison de retraite à s'adresser aux pharmacies les plus proches de son implantation a empêché la recherche légitime par celle-ci, de produits et de services pharmaceutiques au meilleur coût par la mise en concurrence de plusieurs pharmacies* ». Il ajoute que « *si l'Autorité estime que la pratique de répartition du marché est grave, elle considère qu'elle l'est d'autant plus au regard du fait qu'elle émane d'une autorité à laquelle a été confiée une mission de service public* ».

– **Education thérapeutique - médecin - prise en charge médicale - Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)** (www.conseil-national.medecin.fr) :

Rapport de P. Hecquard adopté lors de la session du CNOM du 3 avril 2009. Selon l'auteur, les médecins, généralistes ou spécialistes, ne peuvent rester indifférents au développement de l'éducation thérapeutique, théorisée et documentée depuis plusieurs années. Il en rappelle la définition donnée par la Commission générale de terminologie et de néologie : « *enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage visant à améliorer la prise en charge médicale d'une affection, notamment d'une affection de longue durée* ». Il précise également les modalités de l'éducation thérapeutique ainsi que la place du médecin traitant dans celle-ci.

– **Pratique médicale - medical futile treatment - traitement approprié** (Journal of Medical Ethics, n° 6, juin 2009, p. 369) :

[Article](#) de S. Moratti intitulé : « *The development of « medical futility »: towards a procedural approach based on the role of medical profession* ». L'auteur relève dans cet article que les avancées médicales permettant le prolongement de la vie, ont conduit les professionnels de santé vers de nouvelles questions éthiques. Il précise qu'il est important de différencier ce qui est techniquement possible de ce qui est approprié à chaque personne. A cet égard, il rappelle la définition du terme « *medical futile treatment* », avancé dans les années 1980. Ce terme s'applique en théorie à toute intervention réalisée sans nécessité médicale (par exemple la chirurgie esthétique). En pratique, le terme « *futility* » est employé au sujet des interventions destinées à prolonger la vie des patients. L'objet de cet article est d'établir une analyse complète de la notion de « *medical futile treatment* » telle qu'elle est conçue par les

professionnels de santé aujourd'hui, ainsi que d'évaluer son impact sur la pratique médicale.

– **Médecin - disposition testamentaire - patient - article 909 du Code civil - article 51 du Code de déontologie médicale - Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)** (Le Concours médical, juin 2009, p. 416) :

Note de N. Loubry intitulée : « *Un médecin ne peut pas tirer un avantage matériel de ses patients* ». L'auteur s'interroge sur la possibilité pour un médecin d'hériter de l'un de ses patients. Il rappelle la réglementation en la matière en précisant qu'en vertu de l'article 909 du Code civil, « *le médecin qui aura traité une personne pendant la maladie dont elle meurt ne pourra profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en sa faveur pendant le cours de cette maladie* ». Il ajoute que selon l'article 51 du Code de déontologie médicale, « *le médecin ne doit pas davantage abuser de son influence pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables* ». Enfin, l'auteur indique que le CNOM a, dans ses commentaires du Code de déontologie médicale, indiqué qu'« *au-delà du cas d'espèce de la dernière maladie, c'est une attitude générale de prudence qui s'impose au médecin en la matière. Il ne doit en aucune circonstance pouvoir être suspecté d'avoir profité de son statut professionnel et de l'influence qui en découle pour tirer un avantage quelconque de la part de son malade* ».

– **Médecine libérale - pouvoirs publics - isolationnisme identitaire - Assurance maladie** (Le Concours médical, juin 2009, p. 391) :

Propos de D. Tabuteau recueillis par A. Trébuçq portant sur « *La fin programmée d'un exercice professionnel isolé* ». D. Tabuteau revient sur les notions évoquées dans un précédent, article dans lequel il retrace l'histoire de l'exercice de la médecine en France à travers l'étude du « *traumatisme* » vécu par l'instauration des officiers de santé par les pouvoirs publics, et de « *l'isolationnisme identitaire* » dont ils ont fait l'objet. Il soutient notamment que cet isolationnisme identitaire « *perdure et pollue les relations non seulement entre les pouvoirs publics mais aussi entre les médecins et l'Assurance maladie* ». Il ajoute que cette situation est plutôt paradoxale « *dans la mesure où c'est l'Assurance maladie qui a réellement permis l'essor de la médecine libérale* ».

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

– **Etablissement – ostéopathie – agrément – [arrêté du 6 mai 2009](#)** (J.O. du 5 juin 2009) :

[Arrêté du 28 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 6 mai 2009 modifiant la liste des établissements agréés dispensant une formation en ostéopathie.

– **Assistance publique – hôpitaux de Paris – coefficient de transition initial – [arrêté du 30 janvier 2009](#)** (B.O. santé – protection sociale – solidarités, n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 19) :

[Arrêté du 23 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 30 janvier 2008 modifié fixant le coefficient de transition initial de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris.

– **Etablissement de santé – campagne tarifaire – 2009** (B.O. santé – protection sociale – solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 125) :

[Circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A n° 2009-78 du 17 mars 2009](#) relative à la campagne tarifaire 2009 des établissements de santé.

– **Hospitalisation privée – convention collective** (J.O. du 6 juin 2009) :

[Avis du 6 juin 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de ville relatif à l'extension d'un avenant à une annexe de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée.

– **Etablissement sanitaire – installation – création – extension – équipement matériel lourd** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Décision du 27 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relative à une demande de création, d'extension d'établissement sanitaire et d'installation d'équipement matériel lourd.

– **Certification – procédure – établissement de santé** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Décision du 17 décembre 2008](#) pris par la ministre de la santé et des sports adoptant la procédure de certification des établissements de santé.

– **Urgence sanitaire - Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) - établissement pharmaceutique - création - [loi n° 2007-294](#) du 5 mars 2007** (B.O. Santé, Protection sociale, solidarités, 15 mai 2009, p. 85) :

[Décision n° 2009-002](#) du 26 mars 2009 prise par le directeur général de l'EPRUS relative à l'ouverture de l'établissement pharmaceutique créé, conformément à la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007, au sein de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires.

Doctrine :

– **Hôpital - redevance - praticien - activité libérale** (Note sous C.E., 29 mai 2009, n° 318071) (A.J.D.A., juin 2009, p. 1071) :

Note de M.-C. M intitulée : « *Les redevances dues à l'hôpital par les praticiens exerçant une activité libérale sont légales* ». L'auteur rappelle que le Conseil d'Etat a, dans une décision du 29 mai 2009, jugé légales les nouvelles bases de calcul de la redevance fixée par le gouvernement et due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé. Il rappelle également que le Conseil d'Etat avait auparavant assoupli le calcul de cette redevance en admettant « *que celles-ci pouvaient excéder le coût de la prestation et prendre en compte sa valeur économique pour le bénéficiaire* ». Enfin, l'auteur souligne que la Haute juridiction rejette toutes critiques concernant l'application de nouvelles règles aux praticiens hospitaliers.

– **Hôpital - consultation externe - émission obligatoire - système d'information** (Revue Finances Hospitalières, juin 2009) :

La revue Finances Hospitalières comporte les articles suivants :

- « *Comment ne plus perdre d'argent avec les consultations externes* » par A. Donjon, p. 3 ;
- « *Application aux marchés hospitaliers de la loi d'accès aux documents administratifs* » par D. Legouge, p. 8 ;
- « *De nouveaux recours pour les entreprises évincées* » par J. Debeaupuis, G. Lefebvre, R. Cateland, O. Bossard et J.-M. Viguier, p.12 ;
- « *L'émission obligatoire des hôpitaux universitaires de France* » par J. Debeaupuis, G. Lefebvre, R. Cateland, O. Bossard et J.-M. Viguier, p. 13 ;
- « *Vers un référentiel des charges et des ressources des systèmes d'information hospitaliers* » par M. Raux, p. 18 ;
- « *Quand les hôpitaux font progresser la définition jurisprudentielle des contrats de quasi-régie* » par D. Larose, p.22 ;

- « *Application du Code des marchés publics : quelques rappels* » par M. Trémeur, p. 24.

Divers :

- **Bloc opératoire - structure - fonctionnement** (www.academie-medecine.fr) :

[Rapport](#) de l'Académie nationale de médecine sur le bloc opératoire adopté le 28 avril 2009. Ce rapport aborde des thématiques telles que l'architecture du bloc opératoire ainsi que l'informatisation de celui-ci ou son fonctionnement. Il préconise notamment, en raison de la rapidité de l'obsolescence d'un bloc opératoire, de ne pas figer définitivement sa structure.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

- **Certificat médical - formulaire - demande - maison départementale - personne handicapée** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 379) :

[Arrêté du 23 mars 2009](#) pris par le ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et le ministère de la santé relatif au modèle de formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées.

6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires

Législation :

Législation européenne :

– **Denrée alimentaire - solvant d'extraction - législation - rapprochement** (J.O.U.E. du 6 juin 2009) :

[Directive 2009/32/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2009](#) relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant les solvants d'extraction utilisés dans la fabrication des denrées alimentaires et leurs ingrédients. (refonte)

– **Huile essentielle - orange - inscription - liste - annexe 1 - directive 91/414/CEE - conformité** (J.O.U.E. du 10 juin 2009) :

[Décision de la Commission du 8 juin 2009](#) reconnaissant en principe la conformité du dossier transmis pour examen détaillé en vue de l'inscription éventuelle de l'huile essentielle d'orange à l'annexe I de la directive 91/414/CEE du Conseil concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques.

Législation interne :

– **Produit phytosanitaire - pollution - traitement - donnée - banque - création - Office national de l'eau et des milieux aquatiques** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Arrêté du 22 mai 2009](#) pris par le ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire portant création par l'Office national de l'eau et des milieux aquatiques d'un traitement automatisé d'informations nominatives et de données techniques associées dénommé «Banque nationale des ventes réalisées par les distributeurs de produits phytosanitaires».

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. des 3, 4 et 9 juin 2009) :

Arrêtés [n° 23](#) du 20 mai 2009, [n° 27](#) et [n° 29](#) du 29 mai 2009, [n° 26](#) du 4 juin 2009, et [n° 26](#) du 12 juin 2009 pris par la ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Spécialité pharmaceutique - prise en charge - prestation hospitalière - article [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale - liste** (J.O. des 3 et 4 juin 2009) :

[Arrêté du 29 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

– **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) - organisation - structure - modification** (B.O. Santé, Protection sociale, solidarités, 15 mai 2009, p. 97) :

[Décision DG n° 2009-74](#) du 9 avril 2009 prise par le directeur général de l’Afssaps portant modification de l’organisation générale de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

– **Produit - autotraitement - autosurveillance - prix limite de vente (PLV) - renouvellement - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale - fixation - prix - projet** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Avis du 10 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatif au projet de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits pour autosurveillance et autotraitement inscrits aux sous-sections 1 et 2 de la section 3, chapitre 1er, titre Ier, de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

– **Produit - inscription - renouvellement - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Avis du 10 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatif au renouvellement d'inscription d'un produit visé à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Avis du 10 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-5](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 10 juin 2009) :

Avis [n° 124](#) et [n° 126](#) du 10 juin 2009 pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

– **Prix - spécialité pharmaceutique** (J.O. des 3, 9 et 10 juin 2009) :

Avis [n° 76](#) et [n° 77](#) du 3 juin 2009, [n° 87](#) du 9 juin 2009, [n° 127](#) du 10 juin 2009, et [n° 125](#) du 12 juin 2009 pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Prix - spécialité pharmaceutique** (J.O. des 3, 9, 10 et 12 juin 2009) :

Avis [n° 76](#) et [n° 77](#) du 3 juin 2009, [n° 87](#) du 9 juin 2009, [n° 127](#) du 10 juin 2009, et [n° 125](#) du 12 juin 2009 pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Médicament vétérinaire - autorisation de mise sur le marché (AMM) - octroi** (J.O. du 9 juin 2009) :

[Avis du 9 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatif à l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

– **Triflumuron - napropamide - produit - phytopharmacie - fabricant - distributeur - utilisateur** (J.O. du 5 juin 2009) :

[Avis du 5 juin 2009](#) pris par le ministre de l'agriculture et de la pêche relatif aux fabricants, distributeurs et utilisateurs de produits phytopharmaceutiques contenant les substances triflumuron et napropamide.

Doctrine :

– **Médicament - importation parallèle - enjeu - limite** (La Revue Prescrire, juin 2009, tome 29, n° 308, p. 458) :

Article de la rédaction intitulé : « *Importations parallèles de médicaments en Europe : enjeux et limites* ». La rédaction dresse un panorama des conséquences des importations parallèles en Europe. Elle constate qu'en France, les importations parallèles permettent à l'Assurance Maladie de faire des économies sur les dépenses de médicaments. Néanmoins, les importations parallèles constituent une limite pour les firmes pharmaceutiques dans la mesure où leurs intérêts commerciaux sont ébranlés. Ainsi, les firmes pharmaceutiques créent des pratiques anticoncurrentielles en assimilant les importations parallèles à des contrefaçons ou en mettant en place des restrictions quantitatives de vente qui peuvent être à l'origine de ruptures de stock chez les grossistes et dans les officines.

– **Médicament - publicité - [directive 2001/83/CE du 6 novembre 2001](#)** (note sous CJCE 2 avril 2009, Damgaard, affaire [C-421/07](#)) (AJDA, mai 2009, p. 984) :

Commentaire anonyme sous l'arrêt Damgaard rendu par la CJCE le 2 avril 2009. La CJCE a été saisie à titre préjudiciel dans le cadre d'un litige dans lequel un journaliste était pénalement poursuivi pour avoir vanté sur internet les propriétés d'un médicament interdit à la consommation au Danemark. La question posée à la Cour était de savoir si un avis donné sur un médicament par une personne étrangère à sa production et à sa commercialisation devait être qualifié de publicité au sens de la directive 2001/83/CE du 6 novembre 2001. La Cour répond à cette question par l'affirmative. L'auteur note que la CJCE, dans un souci de sauvegarde de la santé publique, retient une conception large de la notion de publicité. Il souligne également que la Cour qualifierait de « *raisonnable et proportionnée* » au regard de la protection de la santé publique, la condamnation de l'auteur de cette publicité.

– **Prescription - autorisation de mise sur le marché (AMM) - événement indésirable - illégalité - dangerosité** (La Revue Prescrire, juin 2009, tome 29, n° 308, p. 474) :

Article de la rédaction intitulé : « *Prescrire hors AMM : une pratique illégale et dangereuse* ». La rédaction publie un témoignage d'un ex-médecin-conseil auprès d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie souvent confronté à des prescriptions dangereuses et hors AMM. En réponse à ce témoignage, la rédaction revient sur le mécanisme d'obtention des AMM et sur les limites du résumé des caractéristiques du produit (RCP). La rédaction précise que le médecin est libre de prescrire hors des recommandations de l'AMM sachant que sa responsabilité civile et/ou pénale peut être mise en jeu si, respectivement, il a fait courir un risque injustifié au patient et/ou en cas de manquement à une obligation de sécurité imposée par la loi ou le règlement. Enfin, la rédaction constate que la majorité des événements indésirables (iatrogénèse médicamenteuse) sont liés à des pratiques conformes à l'AMM. La rédaction en conclut que si les recommandations de l'AMM semblent « *des éléments susceptibles d'orienter au mieux le geste du prescripteur [...] une « transgression » des recommandations et avis officiels peut être nécessaire et justifiée quand l'intérêt du patient est en jeu* ».

– **Produit de santé - médicament - propriété industrielle - circulation - sécurité transfusionnelle - responsabilité administrative - responsabilité du fait des produits défectueux - droit pénal - environnement** (Petites affiches, n° 113 et 114, juin 2009) :

Au sommaire de la chronique de droit de la santé des petites affiches intitulé : « *Droit des produits de santé : actualité de l'année 2008* » sous la direction d'H. Gaumont-Prat, on notera :

- « *Définition du médicament* » par H. Gaumont-Prat, p. 10 ;

- « *Le médicament, un produit contrôlé* » par H. Gaumont-Prat, p. 11 ;
- « *Propriété industrielle et produit de santé* » par H. Gaumont-Prat, p. 14 ;
- « *Sécurité transfusionnelle, encadrement des banques de sang placentaire* » S. Teissède, p.16 ;
- « *Responsabilité administrative, contentieux, concurrence* » par C. Clément et M. Delamarre, p. 6 ;
- « *Responsabilité du fait des produits défectueux* » par C. Estève, p. 9 ;
- « *Droit pénal des produits de santé* » L. Delprat, p. 12 ;
- « *Produits de santé et droit de l'environnement* » par N. Boutéra, p. 14.

- **Contamination - hépatite C - transfusion sanguine - action subrogatoire - Etablissement français du sang (EFS)** (Note sous C.E., 30 mars 2009, [n° 296106](#)) (AJDA, 2009, p. 1121) :

Note de J.-P. Thiellay intitulée : « *Contamination transfusionnelle consécutive à une agression et recours subrogatoire contre l'Etablissement français du sang* ». Dans cette affaire, M. X. blessé par balles, a dû subir deux interventions chirurgicales et plusieurs transfusions sanguines. Il a été contaminé par le virus de l'hépatite C. Il a donc saisi la commission d'indemnisation des victimes d'infraction conformément aux dispositions des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale. Celle-ci a finalement recherché la responsabilité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) en sa qualité de fournisseur des produits sanguins incriminés. L'auteur rappelle que le fonds d'indemnisation est là pour assurer une indemnisation ou le versement de provision de manière rapide. Selon lui, son intervention est totalement indépendante d'une éventuelle action en justice contre l'auteur du dommage. En revanche, après avoir indemnisé la victime, il pourra se retourner contre l'auteur de l'infraction, et ce alors même que la victime ne se serait pas portée partie civile devant le Tribunal correctionnel et contre tout tiers co-auteur du dommage. Dans cette espèce, le Conseil d'Etat décide que « *la contamination de la victime par le virus de l'hépatite C résultait des transfusions pratiquées au cours d'une intervention chirurgicale rendue nécessaire par les blessures que l'intéressé avait reçues lors d'une agression par arme à feu* ». Il en déduit que « *le Fonds de garantie qui avait versé une indemnité à ce titre, était subrogé dans les droits de la victime à l'encontre de l'EFS* ». L'auteur souligne que l'article 706-11 du Code de procédure pénale prévoit que le fonds est subrogé pour obtenir le remboursement des indemnités versées, par les personnes responsable du dommage causé par l'infraction ou tenues à titre quelconque d'en assurer la réparation totale. Il considère alors que l'EFS ne peut être déclaré responsable si l'on prend en compte l'agression au sens strict.

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– Dioxyde de carbone – stockage géologique – [directive 85/337/CEE](#) – [directive 2000/60/CE](#) – [directive 2001/80/CE](#) – [directive 2004/35/CE](#) – [directive 2006/12/CE](#) – [directive 2008/1/CE](#) – [règlement CE n° 1013/2006](#) (J.O.U.E. du 5 juin 2009) :

[Directive 2009/31/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2009](#) relative au stockage géologique du dioxyde de carbone et modifiant la directive 85/337/CEE du Conseil, les directives 2000/60/CE, 2001/80/CE, 2004/35/CE, 2006/12/CE et 2008/1/CE et le règlement (CE) n° 1013/2006 du Parlement européen et du Conseil.

– Composé organostannique – mise sur le marché – limitation – [directive 76/769/CEE](#) (J.O.U.E. du 4 juin 2009) :

[Décision de la Commission du 28 mai 2009](#) modifiant la directive 76/769/CEE du Conseil, en ce qui concerne la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi des composés organostanniques, en vue d'adapter son annexe I au progrès technique.

– Dichlorométhane – mise sur le marché – emploi – limitation – [directive 76/769/CEE](#) (J.O.U.E. du 3 juin 2009) :

[Décision n° 455/2009/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 mai 2009](#) modifiant la directive 76/769/CEE du Conseil relative à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi du dichlorométhane.

– Substance chimique – enregistrement – évaluation – autorisation – Enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des produits chimiques (REACH) – [règlement \(CE\) n° 1907/2006](#) (J.O.U.E. du 9 juin 2009) :

[Communication de la Commission](#) en application de l'article 67, paragraphe 3, du règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH).

Législation interne :

– Condition de demande et d'instruction – dérogation – article [L. 411-2](#) du Code de l'environnement – espèce de faune et flore protégée – [arrêté du 19 février 2007](#) (J.O. du 3 juin 2009) :

[Arrêté du 28 mai 2009](#) pris par le ministre de l'écologie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, et le ministre de l'agriculture et de la pêche

modifiant l'arrêté du 19 février 2007 fixant les conditions de demande et d'instruction des dérogations définies au 4° de l'article L. 411-2 du Code de l'environnement portant sur des espèces de faune et de flore sauvages protégées.

– **Bruit - lutte - enquête - direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS)** (B.O. santé - protection sociale - solidarités, n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 261) :

[Circulaire DGS/EA2 n° 2009-66 du 2 mars 2009](#) du ministère de la santé et des sports relative à une enquête sur la mise en œuvre de la lutte contre le bruit par les DDASS.

Jurisprudence :

– **Maladie professionnelle - prise en charge - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - articles [R. 441-11](#) et [R. 441-13](#) du Code de la sécurité sociale - opposabilité - employeur - avis du médecin-conseil - signature - motivation** (Cass. Civ., 2^{ème}, 28 mai 2009, [n° 08-18426](#)) :

M. X., salarié de la société Y., a effectué le 6 octobre 2003 une déclaration de maladie professionnelle qui a donné lieu, le 16 décembre 2003, à une décision de prise en charge, au titre de la législation professionnelle, par la Caisse primaire d'assurance du Morbihan. La société Y. estime que cette décision de la Caisse lui est inopposable. La Cour d'appel de Rennes fait droit à sa demande. Elle considère que « *le dossier d'instruction transmis à l'employeur comportait un avis du médecin-conseil non signé par lui, ce qui ne permettait pas d'établir qu'il avait procédé à l'examen du salarié ni d'identifier le rédacteur de ce document* ». Elle en déduit que « *la procédure contradictoire des articles R. 441-11 et suivants du Code de la sécurité sociale n'avait pas été respectée* ». Un pourvoi a alors été formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel de Rennes considérant, qu'en statuant ainsi, la Cour d'appel a violé les articles R. 441-11 et R. 441-13 du Code de la sécurité sociale. En effet, dans la mesure où « *elle avait relevé que l'avis du médecin-conseil était joint au dossier communiqué par la caisse, peut importait que cet avis n'ait été ni signé ni motivé* ». Par ailleurs, « *un délai avait été imparti à l'employeur pour présenter ses observations* » de telle sorte que ce dernier avait été informé de la date à laquelle la Caisse envisageait de se prononcer.

– **Maladie professionnelle - prise en charge - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - articles [R. 441-11](#) et [R. 441-13](#) du Code de la sécurité sociale - opposabilité - employeur - non communication - pièce médicale - comportement ultérieur** (Cass. Civ., 2^{ème}, 28 mai 2009, [n° 08-11000](#)) :

En l'espèce, l'affection déclarée par M. X, salarié de la société Y, avait été prise en charge, au titre du tableau n° 25 des maladies professionnelles, par la Caisse primaire

d'assurance maladie de Haute-Marne. Face au refus de la Caisse de communiquer les pièces médicales du dossier de M. X au médecin désigné par la société, cette dernière a saisi la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale d'un recours. Elle sollicitait que la décision de prise en charge de cette affection lui soit déclarée inopposable. La Cour d'appel de Dijon a fait droit à sa demande. L'arrêt retient que « les dispositions de l'article R. 441-13 du code de la sécurité sociale ne peuvent être invoquées pour justifier un refus de communiquer les pièces du dossier médical dès lors que ce texte ne s'applique plus une fois que la maladie professionnelle a été reconnue et que celle-ci n'est pas remise en cause par l'employeur, et que ce refus fait grief à l'employeur dans la mesure où il le place dans l'impossibilité de vérifier le bien-fondé des dépenses imputées sur son compte ». Un pourvoi a alors été formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel. Elle rappelle que « l'inopposabilité de la décision de prise en charge ne peut sanctionner que le caractère non contradictoire de la procédure administrative préalable à cette décision et non le comportement ultérieur de la caisse ». Par conséquent, la Cour d'appel, en statuant comme elle l'a fait, a violé les articles R. 441-11 et R. 441-13 du Code de la sécurité sociale.

Doctrine :

– **Déchet - fioul - responsabilité - producteur de déchet - [directive 75/442/CEE](#)** (CJCE, 24 juin 2008, [C-188/07](#)) (Note sous Cass. Civ. 3eme, 17 décembre 2008, [n° 04-12315](#)) (Lamy Droit civil, n° 59, juin 2009, p. 15) :

Note de B. Parance intitulée : « *Affaire Erika : la Cour de cassation prend parti sur l'application de la législation relative aux déchets* » sous l'arrêt de la Cour de cassation du 17 décembre 2008. Par cet arrêt, la Cour confirme le refus de qualification de déchet du fioul lourd de la part de la CJCE et confirme le rejet de la responsabilité des sociétés ayant vendu le fioul. L'auteur s'intéresse dans un premier temps à la question de la qualification du fioul lourd basé sur la directive 75/442/CEE ainsi que sur la qualification des sociétés ayant vendu le fioul qui ne pouvaient être considérées comme productrices de déchets. Dans un second temps, l'auteur s'attache à démontrer les obligations du producteur du produit générateur des déchets et du détenteur antérieur à savoir l'obligation financière d'élimination des déchets ainsi que l'absence d'obligation matérielle d'élimination de ces déchets. Toutefois, l'auteur note que l'arrêt de la 3^e chambre civile ne fait peser sur les épaules du détenteur antérieur des déchets que l'obligation financière d'élimination des déchets et ce dans des conditions strictes.

– **Déchet - fioul - arrêté municipal - détenteur de déchets** (Cass. Civ. 3eme, 17 décembre 2008, [n° 04-12315](#)) (Note sous C.E. 10 avril 2009, [n° 304803](#)) (Lamy Droit civil, n° 59, juin 2009, p. 15) :

Note anonyme intitulée : « *Affaire Erika : le Conseil d'Etat recadre les prétentions des victimes* » sous l'arrêt du Conseil d'Etat du 10 avril 2009. Par cet arrêt, la Haute juridiction annule l'arrêté municipal mettant en demeure la société ayant vendu le fioul à l'origine de la pollution de l'Erika. L'auteur note que, contrairement aux apparences, cette décision du Conseil d'Etat rejoint la décision de la Cour de cassation du 17 décembre 2008. En effet, cette dernière a considéré que le vendeur d'hydrocarbure ne pouvait être considéré comme ancien détenteur des déchets et ne pouvait être tenu responsable que dans l'hypothèse où il aurait contribué par son activité au risque de survenance de la pollution.

– **Dompage environnemental - prévention - réparation - condition d'application - [directive 2004/35/CE](#) - [décret n° 2009-468](#)** (Revue Environnement, n° 5, mai 2009, p. 66) :

Note de C. Huglo intitulée : « *Transposition de la directive 2004/35 du 21 avril 2004* ». L'auteur s'intéresse ici au dispositif de transposition en France de la directive 2004/35/CE sur la responsabilité environnementale concernant la prévention et la réparation des dommages environnementaux opérée par le décret n° 2009-468 du 23 avril 2009. L'auteur décrit dans un premier temps l'organisation du décret qui traite d'abord de la question du champ d'application de la réforme, puis ensuite de celle des mesures de prévention et de réparation pour enfin énumérer les conditions d'intervention d'urgence des collectivités territoriales publiques. Dans un second temps, l'auteur s'intéresse au contenu même du décret. Il note à cet égard que le décret prévoit une liste d'activités dangereuses auxquelles le dispositif doit s'appliquer et qu'il définit la notion de « *gravité des dommages en renvoyant aux critères de sa date de réalisation, de manifestation et renvoie à un arrêté d'application un certain nombre de critères techniques sur la qualité des eaux* ». Enfin, l'auteur considère que ce décret appelle une circulaire qui expliquerait le fonctionnement du système vis-à-vis des tiers.

– **Peinture - émission polluante - composé organique volatile (COV) - [directive 2004/42/CE](#)** (Le concours médical, n° 11, juin 2009, p. 415) :

Note de M.-C. Corre intitulée : « *Aménager un environnement intérieur favorable à la santé* ». L'auteur s'interroge sur la qualité des peintures que doivent préconiser les médecins pour les chambres d'enfants, afin de leur assurer un environnement sain. Il soutient que les publications scientifiques sur le sujet montrent, notamment grâce à des tests en chambre d'émission, « *qu'une pollution significative peut perdurer plusieurs semaines après l'application d'une peinture alors que la plupart des peintures sont sèches au toucher en trente minutes* ». L'auteur préconise alors l'utilisation d'une peinture à faible teneur en COV. Il ajoute toutefois que les émissions polluantes ont diminué grâce aux efforts des fabricants suite à l'adoption de la directive européenne du 21 avril 2004 imposant depuis 2007 et pour les années à venir d'importantes réductions des COV.

– **Principe de précaution - antennes relais de téléphonie mobile - juge des référés - risque sanitaire - article 809 du Code de procédure civile** (Note sous T.G.I. Angers, 5 mars 2009, n° 08/00765) (JCP, n° 23-24, juin 2009, p. 30) :

Note de J.- V. Borel intitulée : « *Première application du principe de précaution en référé par le juge judiciaire* ». Par une décision du 5 mars 2009, le juge des référés a pour la première fois appliqué le principe de précaution pour interdire à une société de téléphonie mobile l'installation d'antennes relais sur le clocher d'une Eglise. L'auteur retient que jusqu'à la décision commentée, les condamnations d'opérateurs de téléphonie mobile émanant des juridictions judiciaires ont toutes été prononcées par des juges du fond, saisis d'actions en responsabilité pour troubles anormaux du voisinage. Il considère à cet égard que « *dans cette perspective, l'action fondée sur les dispositions de l'article 809, alinéa 1^{er} du Code de procédure civile peut sembler a priori adaptée au regard de sa finalité puisqu'elle vise au prononcé de mesures conservatoires destinées à prévenir un dommage* ». Il ajoute « *qu'il entre dans la compétence du tribunal de prendre toute mesure pour prévenir un dommage imminent, définition qui intègre le risque sanitaire pour les populations riveraines de l'installation projetée d'antennes relais* ».

– **Protection de l'environnement - risque - protection de la santé humaine - droit au respect de la vie privée et familiale - lien de causalité - Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales** (Note sous CEDH, Tatar c/ Roumanie, 27 janvier 2009, [n° 67021/01](#)) (Revue Environnement, n° 5, mai 2009, p. 65) :

Note de C. Vial intitulée « *Arrêt Tatar c/ Roumanie, une décision à prendre avec précaution* », sous l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 27 janvier 2009. Dans cette note, l'auteur rappelle que les juges de Strasbourg ont conclu à la violation de l'article 8 de la CEDH, protégeant le droit au respect de la vie privée et familiale, en considérant que les Etats parties « *ont le devoir primordial de mettre en place un cadre législatif et réglementaire visant à une protection efficace de l'environnement et de la santé humaine* ». Cependant, l'auteur relève qu'après avoir constaté la violation, la Cour note que les requérants n'ont pas réussi à prouver « *l'existence du lien de causalité suffisamment établi entre l'exposition à certaines doses de cyanure de sodium et l'aggravation de l'asthme* » d'un requérant. Par conséquent, la Cour refuse de les indemniser. L'auteur regrette ici « *une démarche peu favorable à la sauvegarde du droit de vivre dans un environnement sain dans un contexte certes marqué par le doute scientifique mais aussi et surtout par le risque d'un dommage grave et irréversible* ».

– **Amiante - inhalation - effet cancérigène - fibre courte - fibre fine - Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) - fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** (Revue Environnement n° 5, mai 2009, alerte 35) :

Article de P. Sargos intitulé : « *Amiante : un désastre sans fin...* ». « *On croyait que tout avait été dit sur le grand désastre industriel du XXème siècle, qui va déborder sur le premier tiers du XXIème siècle* », écrit l'auteur, et pourtant « *un rapport du 17 février 2009 de l'Afsset intitulé « Prise en compte du risque dimensionnel pour la caractérisation des risques sanitaires liés à l'inhalation d'amiante », vient de révéler [...] que les fibres fines ont un « effet cancérogène significatif », tandis que, pour les fibres courtes, « rien ne permet d'écarter un effet cancérogène significatif [...] »* ». Face à ce constat, « *l'Afsset recommandait d'abaisser le seuil réglementaire actuel, d'ajouter les fibres fines au comptage des poussières d'amiante et de créer un nouveau seuil réglementaire pour les fibres courtes* ». L'auteur salue la réactivité des pouvoirs publics, rappelant ses « *carences fautives* » antérieures. Il rappelle, par ailleurs, que « *c'est en raison de l'ampleur de la tragédie humaine de l'amiante que la loi du 23 décembre 2000 a créé le FIVA* ».

– **Amiante - cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante - allocation - [loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998](#) - inscription de l'établissement - refus d'inscription - caractère significatif de l'exposition à l'amiante - nature de l'activité exercée** (Note sous CAA Lyon, 18 décembre 2008, [n° 07LY00159](#); TA Amiens, 11 décembre 2008, JurisData n° 2008-006628) (JCP Social, n° 23, juin 2009, p. 1240) :

Article de A. Noury intitulé « *Cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante* ». Dans cet article, l'auteur rappelle que « *le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est subordonné à l'inscription de l'établissement sur une liste établie par arrêté interministériel* ». Aussi, « *l'inscription sur la liste constitue le pivot de ce dispositif* », ce qui explique qu'« *un contentieux [soit] apparu à propos du refus d'inscription d'établissement sur la liste* ». L'auteur précise que « *pour déterminer si un établissement doit ou non être inscrit sur la liste, la jurisprudence semble s'être fixée sur le critère du caractère significatif de l'exposition à l'amiante des salariés* ». Dans son arrêt du 18 décembre 2008, la Cour administrative d'appel de Lyon applique ce critère, considérant que « *l'établissement en cause doit être regardé comme ayant eu une part significative de son activité consacrée à la manipulation de calorifugeage et décalorifugeage de produits amiantés, et comme ayant eu un nombre significatif de ses salariés ainsi exposé à l'amiante* ». Par ailleurs, l'auteur rappelle, à l'instar du jugement du Tribunal administratif d'Amiens, que « *l'inscription d'un établissement sur la liste est juridiquement indépendante de la reconnaissance de maladies professionnelles liées à l'amiante parmi ses salariés* », seule compte la nature de l'activité exercée par ledit établissement. Selon l'auteur, « *nul doute que le Conseil d'Etat aura bientôt l'occasion de statuer en cassation sur l'une ou l'autre de ces affaires* ».

– **Ouvrier - espérance de vie - inégalité sociale - catégorie socioprofessionnelle - Institut nationale d'études démographiques (INED) - Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)** (Revue Prescrire, juin 2009, n° 308, p. 466) :

Article anonyme intitulé « *Espérance de vie des ouvriers : la double inégalité* ». Dans cet article, l'auteur analyse les résultats d'une étude réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et qui visait à comparer l'espérance de vie sans incapacité des différentes catégories socioprofessionnelles, selon les données recueillies en France, en 2003, lors d'une enquête sur la santé et les soins médicaux. Il ressort de cette étude qu' « *en France, en 2003, l'espérance de vie à 35 ans des ouvriers était inférieure de 6 ans à celle des hommes cadres supérieurs* ». Selon l'auteur, « *il s'agit d'une occasion de plus de constater les inégalités sociales de santé en France, notamment selon la catégorie socioprofessionnelle* ».

– **Accident du travail - risque professionnel - exposition - condition de travail - enquête Sumer - prévention** (Revue Prescrire, juin 2009, n° 308, p. 465) :

Article anonyme intitulé « *Accidents du travail : des conditions de travail à améliorer* ». Dans cet article, l'auteur analyse les résultats de l'enquête Sumer, enquête qui « *avait permis de dresser un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels* ». Cette enquête a notamment montré que « *les accidents du travail touchent proportionnellement plus les hommes jeunes, les ouvriers, et les personnes ayant peu d'ancienneté* ». Elle a également révélé l'existence d' « *une relation entre certaines conditions de travail et la survenue d'accidents du travail avec arrêt de travail* ». Selon l'auteur, cette enquête « *ouvre des perspectives pour prévenir la survenue d'accidents au travail* ».

Divers :

– **Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) - rapport d'activité - 2008** (www.afsset.fr) :

[Rapport](#) d'activité 2008 publié par l'Afsset. Ce rapport retrace les principales actions de l'Afsset et met en lumière les prochains chantiers sur lesquels l'agence devra se concentrer ces prochaines années. Ainsi, sont traités les risques dits émergents que sont les nanomatériaux et les risques sanitaires liés à l'eau. Par ailleurs, l'Afsset s'attache à des risques considérés comme préoccupants pour la santé tels que les ondes électromagnétiques et l'exposition précoce aux substances chimiques. Ce rapport explique en outre le fonctionnement de l'agence, ses moyens financiers et humains.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

– Procédure communautaire - limite maximale - résidu - médicament vétérinaire - aliment d'origine animale - acide tiludronique - fumarate ferrique - [règlement \(CEE\) n° 2377/90](#) (J.O.U.E. du 8 juin 2009) :

[Règlement N° 485/2009 de la Commission du 9 juin 2009](#) modifiant les annexes II du règlement (CEE) n° 2377/90 du Conseil établissant une procédure communautaire pour la fixation des limites maximales de résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments d'origine animale, en ce qui concerne les substances suivantes : l'acide tiludronique et le fumarate ferrique.

– Procédure communautaire - limite maximale - résidu - médicament vétérinaire - aliment d'origine animale - monepantel - [règlement \(CEE\) n° 2377/90](#) (J.O.U.E. du 8 juin 2009) :

[Règlement N° 478/2009 de la Commission du 8 juin 2009](#) modifiant les annexes I et III du règlement (CE) n° 2377/90 du Conseil établissant une procédure communautaire pour la fixation des limites maximales de résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments d'origine animale, en ce qui concerne le monepantel.

– Mesure zoosanitaire - lutte - peste porcine classique - Allemagne - [décision 2008/855/CE](#) (J.O.U.E. du 8 juin 2009) :

[Décision de la Commission du 26 mai 2009](#) modifiant la décision 2008/855/CE en ce qui concerne les mesures zoosanitaires de lutte contre la peste porcine classique en Allemagne.

– Plan d'éradication - peste porcine classique - porc sauvage - plan de vaccination d'urgence - Allemagne - [décision 2003/135/CE](#) (J.O.U.E. du 3 juin 2009) :

[Décision de la Commission du 26 mai 2009](#) modifiant la décision 2003/135/CE en ce qui concerne les plans d'éradication de la peste porcine classique chez les porcs sauvages et les plans de vaccination d'urgence de ces porcs contre la peste porcine classique dans certaines zones de l'Allemagne.

– Programme de surveillance - influenza aviaire - volaille - oiseau sauvage - Etat membre - [décision 2007/268/CE](#) (J.O.U.E. du 10 juin 2009) :

[Décision de la Commission du 8 juin 2009](#) modifiant la décision 2007/268/CE concernant la réalisation de programmes de surveillance de l'influenza aviaire chez les volailles et les oiseaux sauvages dans les Etats membres.

– **Procédure d'établissement - liste - publication - information - domaine vétérinaire et zootechnique - [directive 2008/73/CE](#)** (J.O.U.E. du 10 juin 2009) :

[Décision du Conseil du 5 mai 2009](#) corrigeant la directive 2008/73/CE simplifiant les procédures d'établissement des listes et de publication de l'information dans les domaines vétérinaire et zootechnique.

– **Mesure communautaire générale - lutte - maladie animale - maladie vésiculeuse du porc - [directive 92/119/CEE](#) - rectificatif** (J.O.U.E. du 10 juin 2009) :

[Rectificatif à la directive 92/119/CEE du Conseil du 17 décembre 1992](#) établissant des mesures communautaires générales de lutte contre certaines maladies animales ainsi que des mesures spécifiques à l'égard de la maladie vésiculeuse du porc.

Législation interne :

– **Produit - animal - denrée alimentaire** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Arrêté du 20 mai 2009](#) pris par le ministre de l'agriculture et de la pêche relatif aux dérogations à certaines règles sanitaires applicables aux produits d'origine animale et aux denrées alimentaires en contenant présentant des caractéristiques traditionnelles.

Divers :

– **Animal terrestre - animal aquatique - fièvre aphteuse - fièvre catarrhale du mouton - Myiase à *Cochliomyia hominivorax*** (www.oie.int) :

Messages d'alerte de l'Organisation mondiale de la santé animale du 5 juin 2009 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

- [Rapport de notification](#) de l'infection à *Bonamia ostreae*.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre catarrhale du mouton.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre catarrhale du mouton.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse.
- [Rapport de notification](#) de la Myiase à *Cochliomyia hominivorax*.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse.

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

– **Praticien-conseil - statut - régime spécial - sécurité sociale - mine** (J.O. du 11 juin 2009) :

[Arrêté du 3 juin 2009](#) pris par la ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et la ministre de la santé et des sports, modifiant puis abrogeant le statut des praticiens-conseils du régime spécial de sécurité sociale dans les mines.

– **Régime obligatoire - assurance maladie - aide au paiement - assurance complémentaire de santé** (J.O. des 3 et 9 juin 2009) :

Arrêtés [n° 22](#) du 29 mai 2009, [n° 24](#) et [n° 25](#) du 4 juin 2009 pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Prise en charge - spécialité pharmaceutique - autorisation de mise sur le marché (AMM) - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Arrêté du 4 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Pompe implantable - [produit](#) - prestation remboursable - modalité d'inscription - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 3 juin 2009) :

[Arrêté du 28 mai 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, relatif à la modification des modalités d'inscription et des conditions de prise en charge des pompes implantables inscrites à la section 3, chapitre 4, titre III, de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

- **Dépense - prise en charge - régime obligatoire - assurance maladie - activité de soin - établissement public de santé** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 399) :

[Arrêté du 10 avril 2009](#) pris par la ministre de la santé et sports fixant pour l'année 2009 le montant des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des activités de soins dispensées par l'établissement public de santé de Mayotte.

- **Ressource - assurance maladie - Assistance publique-hôpitaux de Paris (APHP) - activité déclarée** (B.O. santé - protection sociale - solidarité n° 2009/4 du 15 mai 2009, p. 16) :

[Arrêté du 20 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris au titre de l'activité déclarée au mois de janvier 2009.

- **Procédure d'inscription - prise en charge - dispositif d'autosurveillance - dispositif d'autotraitement - article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 10 juin 2009) :

[Avis du 10 juin 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports de projet de modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des dispositifs d'autosurveillance et d'autotraitement inscrits à la section 3, chapitre 1^{er}, titre Ier, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

- **Taux de participation - assuré - spécialité pharmaceutique - Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. des 3, 9 et 12 juin 2009) :

Avis [n° 74](#) du 3 juin 2009, [n° 88](#) du 9 juin 2009 et [n° 126](#) du 12 juin 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation des taux de participation de l'assuré applicables à des spécialités pharmaceutiques.

- **Médicament remboursable - assuré - spécialité pharmaceutique - renouvellement - inscription (UNCAM)** (J.O. des 3 et 12 juin 2009) :

Avis [n° 75](#) du 3 juin 2009, [n° 127](#) du 12 juin 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatif au renouvellement de l'inscription de spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables aux assurés.

- **Prestation sociale - fraude - lutte** (www.budget.gouv.fr) :

Circulaire n° Crim-09-5/G3 du 6 mai 2009 prise par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique relative à la lutte contre la fraude aux prestations sociales. La présente circulaire a pour objet de renforcer la coordination des différents intervenants afin d'améliorer l'efficacité de la réponse pénale en matière de fraudes aux prestations sociales.

Jurisprudence :

- **Indemnité journalière - accident du travail - consolidation du dommage - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** (Cass. Civ., 2^{ème}, 28 mai 2009, [n° 07-21490](#)) :

En l'espèce, Monsieur X. a été victime d'un accident du travail. Par jugement irrévocable du 18 juillet 2002, le Tribunal des affaires de sécurité sociale a considéré que la CPAM devait prendre en charge les conséquences de cet accident au titre de la législation professionnelle. Suite à l'avis de son médecin-conseil déclarant Monsieur X. apte à reprendre un travail le 6 octobre 2001, la Caisse a informé l'intéressé que les indemnités journalières lui seraient versées jusqu'au 5 octobre 2001. Monsieur X. a alors saisi la juridiction de la sécurité sociale pour demander le maintien des indemnités journalières jusqu'au 28 février 2003. La Cour d'appel a rejeté son recours au motif que l'assuré ne se trouvait pas, du fait de ses blessures, dans l'incapacité de reprendre le travail à compter du 6 octobre 2001. Ainsi, elle retient que la possibilité de reprise de travail correspond au terme du versement de l'indemnité. Monsieur X. se pourvoit alors en cassation en invoquant le fait que la Caisse est tenue de verser l'indemnité à la victime d'un accident du travail à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail « *pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure* ». La Cour de cassation rejette le pourvoi en affirmant que les indemnités journalières ne sont dues que jusqu'à la fin de la période d'incapacité de travail, même si l'état de la victime n'est pas consolidé à cette date. Elle en déduit que la Cour d'appel a légalement justifié sa décision.

Doctrine :

- **Médicament générique - taux de remboursement - tiers payant - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** (Droit et Pharmacie actualités, mai 2009, p. 467) :

Article de la rédaction intitulé : « *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) : médicaments génériques : un taux à 82%* ». Cet article présente le « *point d'information* », daté du 28 avril 2009, diffusé par la CNAMTS, au sujet du taux

de remboursement des médicaments génériques. Il constate que 950 millions d'euros d'économie ont été réalisées en 2008 suite au recours aux médicaments génériques. Selon la rédaction, la forte implication des professionnels de santé et l'effet dynamisant du dispositif « *tiers payant contre générique* » ont favorisé cette progression. Elle affirme également que le marché des génériques est en constante augmentation depuis 2002, passant de 500 millions d'euros en 2002 à 1,8 milliard d'euros en 2008. Elle en conclut que ce « *taux élevé* » place la France au niveau de ses voisins européens.

Divers :

– **Compte - protection sociale - prestation - cotisation sociale - masse salariale - exonération - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (www.sante.gouv.fr) :**

Document de travail de la DREES intitulé : « *Les comptes de la protection sociale en 2007* ». La DREES note qu'en 2007, les dépenses liées à la protection sociale se sont accrues de 3,9% en valeur et de 1,9% en termes réels. Les prestations de protection sociale perçues par les ménages ont progressé de 3,9% en euros courant, et de 1,8% en euros constants. Elle constate d'autre part que les prestations santé ont progressé un peu plus fortement en 2007 (+4,2%). A l'inverse, dans un contexte d'amélioration de la situation sur le marché du travail, les dépenses relatives au risque emploi accentuent leur diminution entamée en 2006, et celles relatives au risque pauvreté-exclusion ralentissent nettement. Les ressources de l'ensemble des régimes de protection sociale ont progressé de 4,4% en valeur en 2007. Enfin, les cotisations sociales, qui représentent les deux tiers des recettes, se sont accrues à un rythme inférieur à celui de la masse salariale, tandis que les impôts et taxes affectées ont progressé à un rythme dynamique. La DREES affirme que ces évolutions sont notamment liées à « *l'augmentation toujours soutenue des exonérations de cotisations sociales ainsi que des recettes fiscales destinées à les compenser* ».

– **Dépense - sécurité sociale - Europe - Office européen de la statistique - protection sociale (www.europa.eu) :**

Etude réalisée par Eurostat intitulée : « *Population and social conditions* ». Cette étude porte sur les sommes consacrées en 2006 à la protection sociale au sein de 27 pays de l'Union européenne. Elle démontre que la France se place en tête des pays européens en termes de dépenses de sécurité sociale. En effet, 31% de son produit intérieur brut est consacré à ce poste. En termes de dépenses consacrées aux systèmes de protection sociale par an et par personne, le Luxembourg arrive largement en tête, devant les Pays-Bas et la Suède. La France se classe septième mais loin devant la moyenne européenne. Cette étude souligne d'autre part qu'environ 46% de ces fonds sont consacrés aux retraites, 29% à la santé, 8% aux allocations familiales, 8% aux aides aux handicapés, 6% aux allocations chômage et 4% au logement.

– **Couverture maladie universelle (CMU) - Fonds CMU - dépense - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - Régime social des indépendants (RSI) - mutualité sociale agricole (MSA)** (www.sante.gouv.fr) :

Rapport du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie intitulé : « *La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2007 et 2008* ». Il résulte de ce rapport que le coût moyen 2007 définitif par bénéficiaire de la CMU-C est de 405 euros pour la CNAMTS, qui gère les dossiers de 80% des effectifs. Les bénéficiaires de la CMU-C de la CNAMTS ont une dépense supérieure de 10 à 30% par rapport à la dépense des personnes dont les dossiers sont gérés par les autres régimes ou organismes. Le rapport précise que le régime général a accueilli les personnes les plus en difficultés dès la création de la CMU-C. Ces personnes, compte tenu d'un mauvais état de santé général, ont besoin des prises en charge les plus lourdes. Il est démontré par ailleurs que le coût moyen au RSI reste le plus faible (317 euros en 2007 avec une évolution modérée). D'autre part, la dépense de ville représente 73% pour la CNAMTS et plutôt 80% pour le RSI, la MSA et les organismes complémentaires. Ces différences pourraient s'expliquer par « *un plus mauvais état de santé pour les bénéficiaires pris en charge par la CNAMTS, par les pratiques antérieures au bénéfice de la CMU-C pour le RSI, avec des personnes plus habituées à consulter en médecine de ville, et par l'offre de soin locale pour la MSA* ».

Veille juridique sur les principales évolutions législatives, jurisprudentielles et doctrinales en droit de la santé

Directeur de publication : Axel Kahn, Université Paris Descartes, 12 rue de l'Ecole de Médecine, 75270 PARIS CEDEX 06

Imprimeur : Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, 75270 PARIS CEDEX 06
Parution du 15/06/2009.

Cet exemplaire est strictement réservé à son destinataire et protégé par les lois en vigueur sur le copyright. Toute reproduction et toute diffusion (papier ou mail) sont rigoureusement interdites.