



Dans le cadre des « **Entretiens droit et santé** », L'Institut Droit et Santé recevra le 22 septembre 2009 de 18h00 à 19h30, **J.M. Delarue**, contrôleur général des lieux de privation de liberté, sur le thème : « **La protection de la santé dans les lieux de privation de liberté** » L'accès est libre et gratuit dans la limite des places disponibles ; une inscription préalable en ligne est toutefois nécessaire. **Pour vous inscrire veuillez cliquer [ici](#)**

La prochaine veille de l'Institut de Droit et Santé paraîtra le 31 août 2009.
Toute l'équipe de l'IDS vous souhaite un très bel été.

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°80 : Période du 16 au 31 juillet 2009

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	8
3. Professionnels de santé.....	15
4. Etablissements de santé	20
5. Politiques et structures médico-sociales	25
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	27
7. Santé environnementale et santé au travail.....	36
8. Santé animale	45
9. Protection sociale contre la maladie	46

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation interne :

– **Hôpital - réforme - patient - santé - territoire - (HPST)** (J.O. du 22 juillet 2009) :

[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi propose une modernisation globale du système de santé. Elle apporte ainsi des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins : la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, la politique de prévention et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.. Cette loi comporte quatre titres intitulés « *modernisation des établissements de santé* », « *accès de tous à des soins de qualité* », « *prévention et santé publique* » et « *organisation territoriale du système de santé* ».

– **Budget - agence régionale d'hospitalisation - Auvergne** (J.O. du 29 juillet 2009) :

[Arrêté du 21 juillet 2009](#) portant approbation de la décision modificative n°1/2009 du budget primitif 2009 de l'agence régionale d'hospitalisation d'Auvergne.

– **Financement - mission nationale - mission régionale - mission interrégionale - appui à l'investissement - hospitalisation - audit** (J.O. du 19 juillet 2009) :

[Arrêté du 10 juillet 2009](#), pris par le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports, relatif au financement en 2009 de la mission nationale et des missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement, de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et de la mission nationale et des missions régionales ou interrégionales d'expertise et d'audit hospitaliers.

– **Grippe A/H1N - pandémie - aéroport - règlement sanitaire international** (J.O. du 30 juillet 2009) :

[Arrêté du 27 juillet 2009](#) relatif aux obligations des aéroports ouverts au trafic international et des compagnies aériennes dans le cadre de la pandémie de grippe A/H1N1 et en application du règlement sanitaire international.

– **Grippe A/H1N - pandémie - port - gare ferroviaire - règlement sanitaire international** (J.O. du 30 juillet 2009) :

[Arrêté du 27 juillet 2009](#) relatif aux obligations des ports et gares ferroviaires ouverts au trafic international et des compagnies maritimes et ferroviaires dans le cadre de la pandémie de grippe A/H1N1 et en application du règlement sanitaire international.

– **Inspecteur principal - action sanitaire et sociale - examen professionnel** (J.O. du 16 juillet 2009) :

[Arrêté du 25 juin 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports fixant les modalités d'organisation de l'examen professionnel pour l'accès au grade d'inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale.

– **Attaché principal - administration des affaires sociales - examen professionnel** (J.O. du 16 juillet 2009) :

[Arrêté du 9 juillet 2009](#) pris par le 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 autorisant, au titre de l'année 2010, l'ouverture d'un examen professionnel pour l'avancement au grade d'attaché principal d'administration des affaires sociales.

– **Chikungunya - dissémination** (B.O. Santé - Protection sociale - Solidarité n°2009/6 du 15 juillet 2009, p.217) :

[Circulaire DGS/R11 n°2009-156 du 8 juin 2009](#) relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

Jurisprudence :

– [Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - \(HPST\) - constitutionnalité - article 37-1 de la Constitution - Conseil constitutionnel](#) (D.C., 16 juillet 2009, [n°2009-584](#)) :

Par cette décision, le Conseil constitutionnel a rejeté les huit griefs dont il avait été saisi au sujet du projet de loi portant réforme de l'hôpital. Le Conseil constitutionnel a, en revanche, examiné d'office huit articles. Six articles qui mettaient en place des

expérimentations sans en fixer la durée ont été censurés au regard de l'article 37-1 de la Constitution. Le Conseil a ensuite sanctionné un article modifiant le nom de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, au motif que celui-ci constituait un cavalier législatif. Enfin, un article portant sur la certification des comptes des établissements publics de santé a aussi été censuré car celui-ci prévoyait le renvoi à un décret.

Doctrine :

- **Santé - personne âgée** (Revue la Santé de l'Homme, n°401, mai - juin 2009) :

Au sommaire de la Revue la Santé de l'Homme, un dossier intitulé : « *Promouvoir la santé des personnes âgées* ».

- G. Berrut, « *La société doit s'adapter au vieillissement de la population* »
- M. Dorange, « *Sachez que notre âge ne nous interdit pas de penser !* »
- S. Pin Le Corre, « *Parcours de santé, parcours de vie durant la vieillesse* »
- F. Balard, « *La vieillesse dite par les personnes très âgées* »
- Entretien avec J.-C. Henrard, « *Face aux soins, développer le préventif et le médico-social au profit des personnes âgées* »
- Entretien avec J.-P. Aquino, « *Les personnes âgées qui en ont le plus besoin échappent à la prévention* »
- G. Laroque, « *Politiques de santé et promotion de la santé des personnes âgées* »
- S. Le Pin Corre, « *Les lois et plans de promotion de la santé en direction des personnes âgées* »
- M. de Hennezel, « *Lutter contre la mise à l'écart des aînés, valoriser tout ce qu'ils nous apportent* »
- A. Kieffer, V. Bernard, P. Duprat, « *Le plan Bien Vieillir : première évaluation des actions de terrain* »
- B. Corman, J. Devos, H. Treppoz, V. Van Bockstael, « *Les ateliers du bien vieillir* »
- B. Cassou, « *Les limites des actions de prévention destinées aux aînées* »
- M. Cauli, « *Vivre en ville à tous les âges* »
- N. Waeler Loland, « *Le projet européen vieillir en bonne santé* »
- L. Barthélémy, « *Bientraitance des aînés : un outil pour les professionnels* »
- A. Sitbon, S. Tessier, « *Pratiques favorables à la santé et grand âge* »

Divers :

- **Présidence européenne - santé - social - Suède - Europe** (www.europa.eu) :

Plan d'action proposé par la présidence Suédoise de l'Union européenne en juillet 2009 et intitulé : « *Health and social issues - the Swedish Presidency of the EU 2009* ». La

Suède est à la tête de la présidence européenne du 1^{er} juillet au 31 décembre 2009. Elle présente les actions qu'elle souhaite poursuivre en matière de santé et de politique sociale. Au titre de la politique de santé, elle envisage d'approfondir l'action de la Communauté européenne en matière d'accès aux soins des patients européens, continuer les négociations relatives au paquet pharmaceutique, assurer un meilleur suivi des effets à long terme des médicaments, développer et faciliter l'accès aux antibiotiques et antibactériens, accroître la prévention sur les dangers de l'alcool, renforcer les mesures prises pour les personnes âgées. Au titre de la politique sociale, la Suède s'engage à combattre la pauvreté et l'exclusion sociale, à promouvoir le programme « *eHealth* » pour accroître la sécurité des patients recevant des soins dans un Etat européen, à promouvoir les droits des enfants et enfin à se préparer à des pandémies.

– **Etat de santé - vieillissement - population - région - Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)** (www.fnors.org) :

Rapport réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fnors et la Direction générale de la santé. Ce rapport exploite les données disponibles concernant l'état de santé des personnes âgées de 75 ans et plus avec comme objectif de mesurer la diversité des régions face au vieillissement de leur population et à l'état de santé des personnes relevant de cette tranche d'âge. Les données sont diverses, et présentées en trois parties : les données sociodémographiques, les indicateurs de santé, et les indicateurs « aide et soins » concernant les personnes âgées. Cette étude descriptive « *met en évidence la grande diversité des situations observées au sein des régions* ».

– **Surveillance - épidémie - mortalité prématurée - salmonellose - addiction - France - Institut de veille sanitaire (InVS)** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 21 juillet 2009, n° 30) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Ce numéro comporte les articles suivants :

- « *Analyse de la mortalité prématurée dans le secteur de la construction* » ;
- « *Cas groupés de salmonellose à Salmonella enterica sérotype Putten. Nord-ouest de la France, juillet-août 2008* » ;
- « *Caractéristiques du public reçu dans les Consultations jeunes consommateurs pour un problème d'addiction 2005-2007* ».

– **Grippe A(H1N1) - notification - surveillance - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** (www.who.int) :

Bulletin du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe du 17 juillet 2009 intitulé : « *Pandemic (H1N1)2009 : new reporting requirements* ». Le bureau prévoit désormais

qu'au lieu de signaler régulièrement tous les cas confirmés en laboratoire à l'OMS, les pays devront notifier les données par rapport aux indicateurs établis pour la surveillance de la grippe saisonnière. L'OMS y définit trois objectifs susceptibles d'être adoptés par les Etats-membres dans leur stratégie de vaccination contre la pandémie: protéger l'intégrité du système de soins de santé et de l'infrastructure, diminuer la morbidité et la mortalité, réduire la transmission du virus au sein des populations.

– **Vaccination - rougeole - Haut conseil de la santé publique (HCSP)** (www.hcsp.fr) :

[Avis](#) du HCSP du 26 juin 2009 relatif à la vaccination autour d'un ou plusieurs cas de rougeole. Cet avis revient sur le plan d'élimination de la rougeole à l'horizon 2010 dans la région Europe de l'OMS, dont l'objectif est d'atteindre un niveau de couverture vaccinale de 95% associé à un rattrapage vaccinal pour les personnes nées depuis 1980. L'avis revient sur les mesures mises en place dès le deuxième trimestre 2005 tels que le retour à la déclaration obligatoire ou l'incitation à la confirmation biologique des diagnostics cliniques.

– **Alcool - recommandation sanitaire - Haut conseil de la santé publique (HCSP)** (www.hcsp.fr) :

[Avis](#) du HCSP du 1 juillet 2009 relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool. Il propose notamment de conserver le principe actuel de recommandations basées sur des repères de consommation. Il préconise d'engager un travail d'actualisation et d'harmonisation des repères de consommation, fondé sur des données factuelles ainsi que d'effectuer un travail de synthèse des connaissances afin de préciser le risque attribuable aux faibles consommations d'alcool. Le HCSP suggère enfin d'harmoniser les différents messages de recommandations issus des organismes publics et d'évaluer les résultats des politiques de prévention afin de pouvoir les faire évoluer.

– **Statistique sanitaire - Objectif du millénaire pour le développement (OMD) - développement - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** (www.who.int):

[Statistiques](#) sanitaires mondiales 2009 de l'OMS publiées en juillet 2009. Ces statistiques contiennent la compilation annuelle par l'OMS des données provenant de ses 193 Etats membres. La première partie traite des OMD et propose un résumé de la situation actuelle grâce à des diagrammes par région et par pays. Dix-neuf objectifs sont abordés, comme par exemple le taux de mortalité des moins de cinq ans, le taux de fécondité des adolescentes, la prévalence du VIH chez les adultes de plus de 15 ans ou encore l'accès à des sources d'eau potable. La seconde partie propose un récapitulatif des indicateurs sanitaires mondiaux regroupés sous neuf thèmes et

présentés sous forme de tableau. L'un d'eux, portant sur « *les maladies infectieuses sélectionnées : nombre de cas notifiés* » constitue une innovation. Il présente sous forme de tableau les cas notifiés de dix huit maladies infectieuses, comprenant notamment le choléra, la grippe aviaire ou la tuberculose.

– **Cancer - diagnostic - traitement - politique de santé - comparaison - European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA) (www.efpia.org) :**

Rapport de l'EFPIA du 15 février 2009 intitulé : « *Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe* ». Ce rapport, fondé sur une analyse comparée de la situation des pays européens, traite de l'accès aux traitements des patients atteints de cancer. La première partie du rapport propose un état des lieux du « poids » du cancer en Europe. Il dresse ainsi un bilan humain et économique. La deuxième partie du rapport revient sur les avancées médicales récentes, en particulier au regard des techniques de diagnostic. La troisième partie fait état des ventes de médicaments oncologiques en Europe : d'abord des médicaments récemment apparus sur le marché, puis des médicaments selon leur usage. Enfin, la quatrième partie du rapport revient sur le rôle des politiques de santé publique dans l'accès aux soins des patients, en insistant notamment sur les questions de l'accès au marché des produits pharmaceutiques, de leur prix ou encore sur la question du budget des hôpitaux publics. En conclusion, l'EFPIA juge problématique la réduction constatée des budgets consacrés à la santé par les Etats européens au regard des besoins croissants de la population et de l'usage grandissant des médicaments oncologiques.

– **Rapport annuel - 2008 - Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (www.irdes.fr) :**

Rapport d'activité de l'IRDES pour l'année 2008 publié le 17 juillet 2009. Ce rapport retrace de manière détaillée les réalisations de l'année antérieure : enquêtes, études et recherches, documentation et diffusion. Ainsi, l'IRDES revient dans la première partie de son rapport sur les enquêtes réalisées, notamment celle sur la santé et la protection sociale ou sur la consommation médicale. Dans une seconde partie, l'IRDES fait état de l'avancement de ses quatre pôles de recherche, que sont l'organisation et le financement des soins primaires et pratiques professionnelles ; l'hospitalisation, les alternatives et les soins de long terme ; l'état de santé et les recours aux soins et déterminants ; et le système de santé et son financement.

– **Codex alimentarius - consommateur - santé - aliment - Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) - Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :**

[Rapport](#) de la FAO et de l'OMS sur la soixante-deuxième session du comité exécutif de la commission du codex alimentarius publié le 20 juillet 2009. L'OMS et la FAO, par l'entreprise de la commission du codex alimentarius, ont modifié les normes internationales et les directives servant à protéger la santé des consommateurs, à promouvoir les pratiques loyales dans le commerce des aliments et à coordonner tous les travaux de normalisation ayant trait aux aliments entrepris par des organisations aussi bien gouvernementales que non gouvernementales.

– Haute autorité de santé (HAS) - cancer du poumon - diagnostic - prise en charge (www.has.fr) :

[Guide](#) de la HAS intitulées : « *ALD n° 30 - Cancer du poumon et Mésothéliome* ». L'objectif de ce guide est d'explicitier pour les professionnels de santé la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD (Activities of Daily Leaving) pour un cancer du poumon ou un mésothéliome pleural malin.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Législation :

Législation interne :

– Dossier médical - communication - information de santé - établissement de santé - délais - article [L. 1111-7](#) du Code de la santé publique - [arrêté du 5 mars 2004](#) :

[Circulaire N°DHOS/E1/2009/207 du 3 juillet 2009](#) prise par le Ministère de la santé et des sports relative aux délais de communication des informations de santé concernant une personne. La présente circulaire rappelle les délais imposés par l'article L.1111-7 du Code de la santé publique, pour les réponses aux demandes d'accès aux informations de santé. Elle précise les sanctions encourues en cas de non respect du délai et les personnes ou instances auprès desquelles les patients peuvent s'adresser en cas de non respect du délai.

Jurisprudence :

– Amiante - préjudice personnel - calcul - [article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (Cass. Civ., 2^e, 25 juin 2009, [n° 08-17133](#)) :

En l'espèce, M. X., atteint de plaques pleurales occasionnées par l'amiante, a présenté une demande d'indemnisation au FIVA. Il se pourvoit en cassation au motif que, pour le calcul de son indemnisation, la Cour d'appel a exclu de l'assiette des préjudices soumis à recours les indemnités destinées à réparer le déficit séquellaire dont il reste atteint. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la cour d'appel au visa de l'article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000. En effet, la Haute juridiction estime « *qu'en se déterminant ainsi, sans préciser en quoi la rente versée par le Fonds indemnise un poste de préjudice personnel, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision* ».

– **Amiante - état de santé - aggravation - taux d'incapacité - [article 53 IV de la loi n° 2000 - 1257 du 23 décembre 2000](#) - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - [article 1382 du Code civil](#) (Cass. Civ., 2^e, 25 juin 2009, [n° 08-12444](#)) :**

En l'espèce, M. X. conteste devant une cour d'appel l'offre d'indemnisation que le FIVA lui avait notifiée. La Cour d'appel décide « *qu'en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime, aggravation constatée médicalement et dûment reconnue par le Fonds, la nouvelle rente qui lui sera versée sur la base du nouveau taux d'incapacité, qui lui aura été attribué, devra être calculée de façon proportionnelle audit taux* ». La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la cour d'appel au motif que cette dernière, en statuant sur une aggravation de l'état de santé de la victime purement éventuelle et hypothétique, a violé l'article 1382 du Code civil et l'article 53 IV de la loi du 23 décembre 2000.

– **Malade mental - ressortissant étranger - [Accord franco-algérien du 27 décembre 1968](#) - [article L. 511-4](#) du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - état de santé - gravité exceptionnelle (C.A.A. Bordeaux, 18 juin 2009, [n° 09BX00503](#)) :**

En l'espèce, M. X., de nationalité algérienne, a fait l'objet d'une décision portant obligation de quitter le territoire français, prise le 26 octobre 2007. Pour contester cette décision, M. X. qui souffre de troubles psychiatriques, invoque les dispositions du 7° de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié et du 10° de l'article L. 511-4 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. En effet, les deux textes précités prévoient que le ressortissant étranger dont « *l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays de renvoi* » ne peut pas faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français ou d'une mesure de reconduite à la frontière. Considérant qu'en vertu du dernier avis en date du 7 septembre 2007 du médecin inspecteur de santé publique, « *le défaut de prise en charge médicale de l'intéressé n'entraînerait pas des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qu'il pourrait effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine* », la Cour administrative d'appel rejette la requête de M. X.

- Détention - leucémie - décès - perte de chance - soin - préjudice - responsabilité (C.E., 1 juillet 2009, [n° 308925](#)) :

En l'espèce, M. X. a subi, le 24 juillet 1997, alors qu'il était incarcéré dans un centre pénitentiaire, un bilan biologique révélant qu'il était atteint d'une leucémie lymphoïde chronique. Le juge d'application des peines a prononcé, par une ordonnance du 22 mars 2001, la libération conditionnelle de l'intéressé, assortie d'une obligation de soins. Le 16 novembre 2004, M. X. a demandé au même juge de condamner l'Etat à lui verser une provision au titre de l'obligation de réparer le préjudice résultant de la perte de chances de survie que lui aurait causé son maintien en détention malgré son état de santé. M. X. décède le 25 juin 2006, soit près de cinq ans après sa libération. Considérant que les conditions de détention de M. X. n'ont pas eu d'incidence sur les chances de survie de ce dernier et sont sans lien direct avec son décès, le Conseil d'Etat en conclut que M. X. « *n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le juge des référés du tribunal administratif de Pau a rejeté sa demande tendant à ce que lui soit versée une provision au titre de sa perte de chance de survie [...]* » .

- Hospitalisation - infection nosocomiale - préjudice - réparation - Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) - Etablissement français du sang (EFS) - responsabilité (C.E., 29 juin 2009, [n° 285383](#)) :

En l'espèce, Mlle X. a subi entre 1981 et 1985 de multiples interventions chirurgicales et actes médicaux invasifs, constituant une source possible de contamination par le virus de l'hépatite C. Par ailleurs, elle s'est vu administrer, entre juin 1983 et avril 1985, quarante et un produits sanguins labiles provenant pour partie de centres de transfusion sanguine dépendant de l'AP-HP. Elle demande l'annulation de l'arrêt du 7 juillet 2005 par lequel la Cour administrative d'appel de Paris a rejeté sa demande tendant à ce que l'EFS soit condamné à lui verser une indemnité de 276 815 euros et une rente annuelle de 8 000 euros en réparation du préjudice subi du fait de sa contamination par le virus de l'hépatite C. Considérant « *qu'il ressortait des pièces du dossier [...] que les interventions et actes médicaux invasifs avaient tous été pratiqués dans des hôpitaux dépendant de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et, qu'ainsi, à supposer qu'elle se soit produite à l'occasion d'un de ces actes, la contamination de l'intéressée aurait en tout état de cause engagé la responsabilité de cet établissement public* », le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris au motif que celle-ci a commis une erreur de droit.

- Stérilisation - consentement - dossier médical - [article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme](#) (CEDH, Section IV, 28 avril 2009, [n° 32881/04](#), *aff. K.H. et autres c/ Slovaquie*) :

En l'espèce, plusieurs femmes de souche ethnique Rom ont été stérilisées à leur insu lors de leur hospitalisation pour un accouchement par césarienne. Les avocats chargés de ces affaires se voient refuser, par les autorités slovaques, l'autorisation de

photocopier les dossiers médicaux des requérantes. La CEDH relève « *qu'il n'appartient pas aux personnes concernées de justifier leur demande de communication des copies de leur propre dossier médical* » mais que « *ce serait au contraire à toute autorité détentrice d'éléments de ce type qui ne souhaiterait pas les produire de justifier son refus par des motifs impérieux* ». En outre, la CEDH estime que la possibilité pour les requérantes de copier à la main des extraits de leur dossier médical personnel sans avoir pour autant l'autorisation de faire des copies ne leur a pas permis « *d'exercer leur droit à un accès effectif à des informations touchant à leur santé et à leurs capacités reproductives* ». Elle condamne la Slovaquie pour violation de l'article 8 de la Convention au motif que la restriction du droit d'accès au dossier médical a entamé les chances de succès de l'action en réparation des requérantes contre les hôpitaux.

– **Fœtus - malformation - perte de chance - interruption de grossesse - affection d'une particulière gravité - article [L. 2213-1](#) du Code de la santé publique** (Cass. Civ., 1^{ère}, 9 juillet 2009, [n° 08 -12457](#)) :

En l'espèce, Mme X. a donné naissance, le 16 décembre 1996, à une fille atteinte d'une agénésie de l'avant bras droit, non détectée lors des treize échographies effectuées par M. X., M.Y. et son confrère M. Z. Mme X. et son mari les ont assigné, le 27 janvier 2000, ainsi que leurs assureurs respectifs, en responsabilité et réparation de leurs préjudices propres ainsi que du préjudice causé à leur fille. Les consorts X. allèguent notamment des examens insuffisamment consciencieux, qui n'ont pas permis de s'assurer de l'absence de malformation du fœtus et de recourir à une interruption volontaire de grossesse pour motif « thérapeutique ». Considérant que « *la mise en œuvre d'une interruption volontaire de grossesse pour motif médical, requiert que les conditions prescrites par l'article L. 2213-1 du Code de la santé publique soient réunies* » et qu'en l'espèce « *la preuve n'était pas rapportée que l'affection dont était atteinte l'enfant, bien qu'incurable, présentait le seuil de particulière gravité exigée par le texte* », la Cour de cassation en déduit que les époux X. n'avaient perdu aucune chance de procéder à une interruption de grossesse. Elle rejette par conséquent leur pourvoi.

Doctrine :

– **Génétique - genetic enhancements - environmental enhancements - éthique** ([Journal of Medical Ethics](#), n° 7, juillet 2009, p. 433) :

[Article](#) de K Sorensen intitulé : « *Genetic enhancements and expectations* ». L'auteur revient sur le débat éthique et philosophique autour de la question des « *genetics enhancements* ». Il distingue notamment entre deux pratiques : « *environmental enhancements* » and « *genetic enhancements* ». Si la première vise à améliorer un individu par le biais, par exemple, d'une bonne éducation dans des écoles réputées, la deuxième vise à changer l'identité d'un individu au moyen d'une intervention génétique. Selon l'auteur, les deux pratiques sont génératrices d'inégalités sociales. Il s'interroge en outre sur la justification morale que l'Etat peut apporter afin d'imposer des contraintes juridiques dans le domaine des « *genetics enhancements* ». Enfin,

l'auteur estime légitime que l'Etat impose des restrictions aux parents désireux d'utiliser des technologies génétiques sur leur enfant.

– **Recherche biomédicale - évaluation bénéfique/risque - critère d'évaluation - protection des patients - éthique** ([Journal of Medical Ethics](#), n° 7, juillet 2009, p. 445):

[Article](#) de F. G. Miller et S. Joffe intitulé : « *Limits to research risks* ». Les auteurs s'interrogent sur le « *critère raisonnable* » permettant de définir, en matière de recherche biomédicale sur la personne, quelles sont les limites du risque encouru par les personnes se prêtant à la recherche. L'article rappelle notamment que l'évaluation du rapport bénéfices-risques constitue une étape incontournable de la recherche biomédicale. Toutefois, cette évaluation dans le domaine des recherches biomédicales diffère de celle pratiquée en médecine clinique. En effet, si la deuxième est centrée sur les risques et bénéfices pour le patient, la première met en balance les risques encourus par le patient avec les bénéfices pour la recherche. Selon les auteurs, il est difficile, d'un point de vue éthique, de peser les risques encourus par les personnes participant à la recherche face aux bénéfices sociaux résultant du progrès de la science biomédicale. Ils proposent donc une approche éthique centrée sur la définition du niveau maximum de « *risque net* » que les patients participant à la recherche sont justifiés à prendre en vue du développement des connaissances biomédicales.

– **Enfant - tierce personne - responsabilité de l'Etat - responsabilité pour faute - frais liés au handicap - rente - tierce personne** (Note sous C.E., 25 juin 2008, n° [235887](#)) (Gazette du Palais, 10 et 11 juillet 2009, p. 18) :

Note de C. Bernfeld intitulée : « *Besoin en tierce personne de l'enfant* ». En l'espèce, une petite fille est victime d'une faute médicale lors d'une intervention pratiquée alors qu'elle est âgée de deux mois et demeure handicapée. Le Tribunal administratif de Lille reconnaît la responsabilité de l'établissement public et alloue une rente de 33.540 € par an jusqu'à la majorité de l'enfant, les $\frac{3}{4}$ représentant les postes soumis à recours et $\frac{1}{4}$ représentant les postes de préjudices personnels avant la majorité. La Cour administrative de Douai porte le montant à 45.735 € par an dont les $\frac{3}{4}$ correspondent aux postes soumis à recours et $\frac{1}{4}$ aux postes personnels. Sur les $\frac{3}{4}$ de cette rente, soit 34.301 €, va s'imputer la créance de la caisse d'assurance maladie, soit 35.158 €. Ainsi, il ne subsiste pour l'enfant aucune indemnité au titre *es postes* soumis à recours. Le Conseil d'Etat « *remet de l'ordre dans cette matière* » en préconisant le recours à une rente couvrant les frais au maintien au domicile familial, « *en fixant un taux quotidien et en précisant que la rente sera fixée au prorata du nombre de nuits que l'enfant aura passées à ce domicile au cours du trimestre considéré* ». Par ailleurs, la tierce personne est « *clairement individualisée des autres postes de préjudice* » et le montant qui lui sera alloué n'implique pas nécessité de rapporter la preuve par des factures de l'emploi d'une tierce personne extérieure à la famille. L'auteur souligne l'importance de cet arrêt « *vers la reconnaissance, par les juridictions administratives, des besoins en*

tierce personne des enfants handicapés dont les parents jusqu'à présent conseroient la charge totale, faute de pouvoir justifier d'autre chose que leur propre intervention pour ne pas dire leur entier sacrifice ».

– **Enfant - tierce personne - responsabilité de l'Etat - responsabilité pour faute - frais liés au handicap - rente - tierce personne - vaccination Pentacoq** (Note sous C.A.A. Paris, 4 mars 2009, n° [07PA00866](#)) (Gazette du Palais, 10 et 11 juillet 2009, p. 22) :

Note de C. Bernfeld intitulée : « *Responsabilité de la puissance publique* ». En l'espèce, une jeune fille se retrouve gravement handicapée à la suite d'une vaccination par Pentacoq. Ses besoins en tierce personne s'analysent en 28 heures par jour (24 heures plus aide d'une seconde personne 4 heures par jour). La Cour administrative d'appel de Paris alloue 524 € par jour, soit 18.71 € par heure de tierce personne. Ainsi, l'auteur estime que cet arrêt se situe « *dans la ligne droite de l'arrêt du 25 juin 2008 du Conseil d'Etat* », la Cour administrative appliquant « *la technique permettant de calculer la rente d'une tierce personne en fonction du nombre de nuits passées à domicile, la Cour précisant le tarif journalier* ».

– **Responsabilité médicale - obligation d'information - réparation intégrale** (Note sous C.A. Aix-en-Provence, 18 février 2009, n° [07/14922](#)) (Gazette du Palais, 10 et 11 juillet 2009, p. 3) :

Note de C. Bernfeld sous l'arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 18 février 2009. En l'espèce, le 18 mars 2002, M. Y, paraplégique, a subi une intervention chirurgicale à la suite de laquelle est survenue une infection urinaire. Aucune faute n'a été retenue du fait de l'opération par les juges du fond. Toutefois, le fait d'avoir prescrit au patient un traitement sans l'avoir informé du risque d'atteinte tendineuse, alors que celui-ci n'a découvert l'existence de ce risque qu'en étudiant la notice postérieurement au dommage, constitue un défaut d'information susceptible d'être indemnisé. La Cour d'appel retient que « *ce risque grave [...], s'il était rare, n'en était pas moins normalement prévisible et devait donc faire l'objet d'une information au patient* ». En outre, « *l'obligation d'information du patient doit porter sur les suites du traitement proposé, qu'en particulier l'information des risques éventuels pouvant survenir des suites du traitement doit permettre au patient de réagir rapidement et efficacement en cas de survenance de ce risque* ». En n'informant pas M. Y. de ces risques, les professionnels ont donc commis une faute susceptible d'engager leurs responsabilités. Quant à la réparation allouée au patient, l'auteur souligne que « *la Cour d'appel considère que le défaut d'information n'induit pas seulement une perte de chance de ne pas subir les séquelles, mais bien un droit à réparation intégrale* ».

Divers :

– **Démocratie sanitaire - [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé](#) - Conférence nationale de santé (CNS) - renforcement (www.cnle.gouv.fr) :**

[Rapport](#) de la CNS de juin 2009 intitulé : « *Parachever la Démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé* ». La CNS propose un état des lieux quant à la mise en œuvre effective des droits des malades garantis par la loi du 4 mars 2002. Ainsi, le rapport passe en revue différents droits tels que le respect de la dignité des personnes, la non discrimination, l'information des usagers ou encore le consentement aux soins. Le bilan dressé souligne les progrès accomplis, en particulier dans les établissements hospitaliers, même si quelques points sont à améliorer comme le refus de soins en médecine de ville. Le rapport se penche également sur la participation des représentants des usagers au sein des instances hospitalières et de santé publique.

– **Bioéthique - Etats généraux - rapport final (www.sante-sports.gouv.fr) :**

[Rapport final](#) du 1^{er} juillet 2009 des: « *Etats généraux de la bioéthique* ». Le rapport porte sur les conditions d'autorisation et sur les principes éthiques liés au domaine de la bioéthique et étudie spécifiquement la question de la recherche sur les cellules souches et l'embryon. Il propose une restitution des différents forums citoyens qui se sont tenus à Marseille, Rennes et Strasbourg.

– **Personne majeure - détenue - suivi socio-judiciaire - alcool - prise-en-charge (www.assemblee-nationale.fr) :**

[Rapport](#) d'information n° 1811 du 8 juillet 2009 relatif à la « *prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice* ». Le rapport rappelle tout d'abord la nécessité d'améliorer l'articulation entre santé et justice pour une meilleure prise en charge des personnes détenues. Par ailleurs, il souligne que la pratique du suivi socio-judiciaire révèle l'existence de faiblesses importantes auxquelles il est essentiel de remédier rapidement. Enfin, il précise la nécessité de renforcer la prise en charge et la prévention des infractions liées à l'alcool. Pour ce faire, le rapport préconise, d'une part, de « *mettre en œuvre dans les meilleurs délais un suivi de la santé des personnes détenues dans les prisons françaises, à la fois plus régulier et prenant en compte les différents moments clés du parcours pénitentiaire, de l'entrée à la sortie de prison* ». Il recommande également de « *consolider la politique de prévention du suicide en prison grâce à un meilleur repérage des entrants et une prise en charge adaptée de la crise suicidaire* ». Enfin, il met en avant la nécessité de « *généraliser les consultations post-pénales (...) qui présentent le double intérêt de poursuivre les soins entrepris en détention et d'être un point de sécurisation pour les personnes sortant de prison* ».

3. Professionnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Prime de responsabilité – interne – médecine – pharmacie – article [D. 1123-23](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 23 juillet 2009) :

[Décret n° 2009-886 du 21 juillet 2009](#) rectifiant l'article D. 1223-23 du Code de la santé publique.

– **Etudes – première année – infirmier** (J.O. du 26 juillet 2009) :

[Arrêté du 20 juillet 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 diplôme d'infirmier.

– **Examen professionnel – inspecteur principal – action sanitaire et sociale** (J.O. du 23 juillet 2009) :

[Arrêté du 17 juillet 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports fixant les modalités d'organisation de l'examen professionnel pour l'accès au grade d'inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale.

– **Formation professionnelle – aide soignant – agent de service mortuaire** (J.O. du 25 juillet 2009) :

[Arrêté du 16 juillet 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des aides-soignants et des agents de service mortuaire chargés du service des personnes décédées.

– **Reconnaissance des formations – professionnel de santé – praticien de l'art dentaire – médecin – médecin spécialiste – Communauté européenne – Espace économique européen** (J.O. du 31 juillet 2009) :

Arrêtés du 13 juillet n°[42](#), [43](#) et [44](#) fixant la liste et les conditions de reconnaissance de plusieurs titres de formation de professionnels de santé délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen. Le premier arrêté concerne les praticiens de l'art dentaire, le deuxième les praticiens de l'art dentaire spécialistes et le troisième les médecins et médecins spécialistes.

– **Convention collective - avenant - extension - pharmacie d'officine** (J.O. du 18 juillet 2009) :

[Arrêté du 10 juillet 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville portant extension de l'avenant du 10 décembre 2008, relatif au régime de prévoyance du personnel non cadre à la convention collective nationale n° 1996 de la pharmacie d'officine.

– **Convention collective - avenant - extension - cabinet dentaire** (J.O. du 18 juillet 2009) :

[Arrêté du 10 juillet 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville portant extension de l'avenant du 5 décembre 2008, modifiant l'article 2.5.1 de l'annexe I, titre II de la convention collective nationale n°1619 des cabinets dentaires.

– **Médecin - santé publique - médecine sociale - article [L. 4111-2](#) du Code de la santé publique - [loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006](#)** (J.O. du 18 juillet 2009) :

[Arrêté du 26 mai 2009](#) pris par le ministre de la santé et des sports fixant la liste des personnes autorisées à exercer en France la profession de médecin dans la spécialité « santé publique et médecine sociale » en application des dispositions des I et I bis de l'article L. 4111-2 du Code de la santé publique et des dispositions du IV de l'article 83 de la loi n° 86-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

– **Paramédical - étudiant - institut de formation** (www.circulaires.gouv.fr) :

[Circulaire interministérielle n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/208 du 9 juillet 2009](#) de la ministre de la santé et des sports et le ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires.

– **Institut de formation en soins infirmiers - étudiant - Licence-Master-Doctorat** (www.circulaires.gouv.fr) :

[Circulaire interministérielle n° DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009](#) du ministère de la santé et des sports et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

Jurisprudence :

– **Médecins - principe d'égalité - différence de traitement - pouvoir réglementaire** (C.E., 26 juin 2009, n° [307369](#)) :

En l'espèce, M. X. et M. Y. praticiens hospitaliers à temps partiel, ont demandé la condamnation de l'Etat au motif que le ministre de la santé, en édictant des arrêtés relatifs aux émoluments des praticiens à temps partiel qui fixent pour ceux-ci des rémunérations proportionnellement inférieures à celles afférentes aux mêmes échelons pour les praticiens à temps plein, aurait commis une faute de nature à engager la responsabilité de l'Etat. Ils ont sollicité la réparation financière du préjudice qui en serait résulté. La cour d'appel les ayant déboutés de leur demande, ils ont formé un pourvoi en cassation. La Haute juridiction a rejeté leur demande au motif que « *le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire traite de manière différente des agents appartenant à un même corps si cette différence de traitement est justifiée par les conditions d'exercice des fonctions, par les nécessités ou l'intérêt général du service et si elle n'est pas manifestement disproportionnée au regard des objectifs susceptibles de la justifier* ».

Doctrine :

– **Infection nosocomiale - responsabilité médicale - sécurité juridique - procès équitable** (Note sous Cass. Civ., 1^{ère}, 11 juin 2009, n° [07-14932](#) et n° [08-16914](#)) (Recueil Dalloz 2009 n°29 p. 159) :

Article d'I. Gallmeister intitulé : « *Responsabilité médicale et rétroactivité des revirements de jurisprudence* ». Dans ces deux décisions, des médecins ont été déclarés responsables, par les juges du fond, sur le fondement de l'obligation de sécurité de résultat, de la contamination par le virus de l'hépatite C à l'occasion de soins pratiqués sur des patients affectés de varices. Ils reprochent aux juges du fond de leur avoir appliqué une jurisprudence plus sévère et postérieure aux faits, alors qu'au moment des faits la jurisprudence mettait à la charge des praticiens une obligation de sécurité de moyen. Pour rejeter les pourvois, la Cour de cassation estime que « *la sécurité juridique, invoquée sur le fondement du droit à un procès équitable, pour contester l'application immédiate d'une solution nouvelle résultant d'une évolution de la*

jurisprudence, ne saurait consacrer un droit acquis à une jurisprudence figée, dès lors que la partie qui s'en prévaut n'est pas privée du droit d'accès au juge ». Selon l'auteur, la solution frappe par sa généralité, car son application, fortement défavorable à l'auteur des pourvois, s'inscrit dans le contexte jurisprudentiel plus général de sévérité à l'égard des praticiens de santé. « Le médecin peut, certes, avoir accès au juge pour contester la décision l'ayant déclaré responsable. Débiteur d'une obligation de résultat, il ne pourra cependant s'exonérer que par la preuve d'une cause étrangère ».

– **Expertise – psychiatrie – victime de viol** (Gazette du Palais, 8 et 9 juillet 2009, p. 18) :

Article de E. Caillon intitulé : « *Les singularités de l'expertise psychiatrique des victimes de viol* ». L'auteur présente les spécificités de l'évaluation du préjudice psychique des victimes de violences sexuelles. En effet, le viol est une expérience traumatique bien à part en ce qu'il renvoie à une problématique sexuelle et parce qu'il est plus potentiellement destructeur pour une vie psychique du sujet qui en est victime. Selon l'auteur « *cette singularité traumatique et post-traumatique ne peut être évaluée que dans l'appréhension de la situation de la singularité de chaque situation* ». Il estime que, par sa violence constante, une telle expérience traumatique ne saurait donner lieu à des souffrances endurées inférieures à 4/7. L'auteur considère que l'expert doit évaluer le temps de consolidation psychique comme étant bien plus long que celui nécessaire après un traumatisme corporel et que « *les séquelles psychiques devront [...] se situer à hauteur des souffrances permanentes et des répercussions psycho-pathologiques précisément recherchées et repérées* ». Il indique également comment l'état antérieur de la victime devra être pris en compte et le préjudice sexuel évalué.

– **Expertise – victime de viol – préjudice corporel – préjudice sexuel – évaluation** (Gazette du Palais, 8 et 9 juillet 2009, p. 21) :

Article de C. Bernfeld et F. Bibal intitulé : « *Mission d'expertise médicale sur agressions sexuelles compatible avec la nomenclature Dintilhac* ». Après avoir rappelé qu'en l'état actuel du droit, le droit à réparation du préjudice corporel de la victime ne saurait être réduit en raison d'une prédisposition pathologique de celle-ci, les auteurs précisent que « *la présence d'un état antérieur doit amener l'expert à une vigilance redoublée dans son interrogatoire afin de savoir si son état était muet (latent) ou déclaré, et s'il interfère ou non avec les séquelles liées à l'agression* ». Ils indiquent également qu'il est nécessaire, pour les mineurs, d'attendre la majorité pour apprécier l'ensemble des conséquences du fait générateur. Enfin, ils rappellent que l'évaluation du préjudice sexuel ne fait pas double emploi avec l'évaluation des séquelles de l'agression.

– **Dossier médical informatisé – Québec – médecin – prise en charge médicale** (www.ameli.fr) :

Etude de H. Mezni, M.-P. Gagnon, J. Duplantie intitulée : « *Etude des déterminants individuels de l'adoption du dossier de santé électronique au Québec* ». Les auteurs constatent que les dossiers de santé électroniques peuvent améliorer l'efficacité, la sécurité et la qualité de la prise en charge médicale. Cependant, les prestataires de soins restent réticents quant à son utilisation, ce qui limite son impact sur le système de santé. A l'issue de l'étude, les auteurs ont constaté que l'intention d'adopter le dossier de santé informatisé est influencée positivement par l'utilité perçue, la facilité d'utilisation perçue, la démonstrabilité des résultats, la compatibilité du système avec la pratique et l'autoefficacité informatique perçue par les médecins. Inversement, la résistance au changement influence négativement l'adoption du dossier de santé informatisé par les médecins.

– **Formation professionnelle - pratique professionnelle - validation des acquis (VAE)** (Revue hospitalière de France, n° 528, mai-juin 2009, p. 18 à 43) :

Au sommaire du périodique « Revue hospitalière de France » figurent notamment les articles suivants :

- B. Scherb, « *Analyser les pratiques, professionnaliser - Enjeux d'une performance durable* »;
- H. Archambault, « *Développer l'attractivité des métiers de la gériatrie* » ;
- L. Bray, « *Formation professionnelle continue : les cadres, acteurs stratégiques* »;
- C. Alexandre-Marc, « *Formation tout au long de la vie : deux établissements témoignent* » ;
- C. Dupire, « *www.anfh-transfert-acquis.formation.com* »;
- M. Clerc, « *VAE ? Vous avez dit VAE ?* » ;
- P. Goldenstein, T. Douté et A. Rendu, « *Hop'line CHU - A l'écoute des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais ?* » ;
- C. Poppe, « *LA pharmacie n'a pas le monopole territorial* ».

– **Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) - médecin - temps de travail** (www.irdes.fr) :

Synthèse de P. Le Fur, avec la collaboration de Y. Bourgueil et C. Cases, intitulé : « *Le temps de travail des médecins généralistes - Une synthèse des données disponibles* ». Les auteurs soulignent que le temps de travail du médecin est au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoire. Il constitue, à ce titre, un enjeu en termes de mesure et d'évaluation. Les données disponibles rassemblées par les auteurs permettent d'estimer des ordres de grandeur tant en termes de temps de travail global des généralistes que de décomposition de ce temps par grande catégorie d'activité. Ainsi, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins.

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

– **Hospitalisation privée - convention collective nationale - avenant** (J.O. du 18 juillet 2009) :

[Arrêté du 10 juillet 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville portant extension d'un avenant à la convention collective nationale de l'hospitalisation privée (n° 2264).

– **Diagnostic prénatal - centre pluridisciplinaire - demande d'autorisation - article [R. 2131-13](#) du Code de la santé publique** (B.O. Santé, 5 juillet 2009, p. 82) :

[Décision n° 2009-14 du 14 mai 2009](#) modifiant la décision n° 2006-44 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du Code de la santé publique, à produire à l'appui d'une demande d'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

– **Etablissement de santé - Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) - SAMU - infrastructure - frais de modernisation** (www.circulaire.gouv.fr):

[Circulaire n° DHOS/01/F2/2009/228 du 22 juillet 2009](#) relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) des frais de la modernisation des infrastructures techniques des SAMU.

Jurisprudence :

– **Centre hospitalier - accident - amputation - perte de chance - dommage corporel - faute - responsabilité - réparation** (CE, 15 mai 2009, [n° 309144](#)) :

En l'espèce, M. X. a été victime d'un accident de circulation le 28 novembre 1999. Il a été admis au service des urgences du centre hospitalier Y. où il a reçu plusieurs traitements. Il a ensuite été transféré dans un autre centre hospitalier universitaire où, malgré de nouvelles interventions effectuées, une amputation de la jambe gauche

au tiers supérieur a dû être pratiquée. Le centre hospitalier Y. demande au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêt de la cour d'appel l'ayant condamné à indemniser M. X. en réparation des préjudices subis du fait du retard pris pour son transfert vers un centre hospitalier mieux équipé. Considérant que ce retard constitue bien une faute engageant la responsabilité du service hospitalier, le Conseil d'Etat approuve la cour d'appel en ce qu'elle a retenu sa responsabilité. Il annule toutefois la décision au motif qu' « *en s'abstenant d'évaluer la chance d'éviter le dommage subi que la faute commise a fait perdre à M. X., et en mettant à la charge du centre hospitalier [...] Y. la réparation de l'entier dommage corporel subi par ce dernier* », la cour d'appel a commis une erreur de droit. En effet, le Conseil d'Etat estime que « *la réparation qui incombe au centre hospitalier doit être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue* ».

– **Centre hospitalier - Responsabilité médicale - consolidation - prescription - [loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968](#) - [loi n°2002-303 du 4 mars 2002](#) - [article L.1142-6](#) du Code de la santé publique (C.A.A. Bordeaux, 30 juin 2009, n°07BX00470)** :

En l'espèce, le 11 mai 2005, Mme X. a saisi le Centre hospitalier Y. d'une demande tendant, en son nom personnel et au nom de sa fille, à l'indemnisation de leur préjudice résultant du handicap grave de l'enfant. Mme X. s'est prévaluée de l'ignorance dans laquelle elle a été tenue de la gravité des affections de son enfant à naître l'ayant mise dans l'incapacité d'envisager une interruption thérapeutique de grossesse et de ce que certains soins prodigués pendant la grossesse auraient pu avoir une incidence sur l'état de sa fille. Le Centre hospitalier Y. lui a opposé la prescription quadriennale de la créance, prévue par l'article 1^{er} de la loi du 31 décembre 1968. La Cour d'appel fait droit à la requête de Mme X. aux motifs qu'« *aux termes de l'article L. 1142-6 du Code de la santé publique, les actions mettant en cause la responsabilité des professionnels de santé publics ou privés à l'occasion d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins se prescrivent par dix ans à compter de la consolidation du dommage ; que ces dispositions sont immédiatement applicables, en vertu de l'article 101 de la loi du 4 mars 2002 modifiée, aux instances en cours n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable*». Les juges relèvent que l'état de santé de l'enfant peut être regardé comme ayant été consolidé avant la fin de l'année 1997. Ainsi, « *la créance des consorts X née d'une éventuelle faute commise par le Centre hospitalier Y. ne peut être regardée comme ayant, à la date d'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, été prescrite, en application des dispositions de la loi du 31 décembre 1968* ».

– **Hospitalisation - intervention - infection - faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service (C.E., 29 juin 2009, [n° 303556](#))** :

En l'espèce, le 7 novembre 1994, alors que Mme X. était hospitalisée dans un centre hospitalier à la suite de l'intervention chirurgicale qu'elle y avait subi quatre jours plus tôt, il a été constaté une suppuration de la plaie opératoire due à une infection. Le 30 septembre 2004, date à laquelle l'expert a déposé son rapport, il n'avait pu être

mis fin à cette infection. Mme X. et son fils intentent une action tendant à la condamnation du Centre hospitalier que le tribunal administratif de Cergy-Pontoise et la Cour administrative d'appel de Versailles rejettent. Mme X. et son fils forment alors un pourvoi en cassation. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel au motif que cette dernière s'était bornée à relever, d'une part, « que l'absence d'antibioprophylaxie lors de la prise en charge de Mme X. par le Centre hospitalier n'était ni fautive ni à l'origine de l'infection » et, d'autre part, que « la persistance de l'infection était imputable à la seule déficience immunitaire qu'elle présentait, sans rechercher si le seul fait que l'infection ait pu survenir révélait une faute dans l'organisation ou le fonctionnement du service ».

– **Hépatite C - transfusion - contamination - lien de causalité - degré de vraisemblance - Etablissement français du sang (EFS) (C.A.A. de Bordeaux, 9 juillet 2009, n° [08BX00633](#)) :**

Trois ans après une intervention chirurgicale au cours de laquelle elle a reçu plusieurs transfusions, une hépatite C a été diagnostiquée chez Mme X. Celle-ci attribuant cette contamination aux transfusions sanguines, recherche la responsabilité de l'EFS. Le tribunal administratif de Bordeaux a rejeté sa demande d'indemnisation au motif que les éléments rapportés ne démontraient pas avec suffisamment de vraisemblance, le lien de causalité entre les transfusions et la contamination. La requérante interjette appel du jugement. La Cour administrative d'appel de Bordeaux accueille favorablement sa demande. Selon elle, « il résulte de l'instruction que Mme X., qui jusqu'alors était en parfaite santé, n'a ressenti des troubles et ne s'est plainte d'asthénie que postérieurement à l'intervention chirurgicale et n'a fait l'objet d'aucune autre intervention postérieure à celle-ci ». Dès lors, « ce faisceau d'éléments confère un degré suffisamment élevé de vraisemblance à l'hypothèse selon laquelle sa contamination aurait pour origine les transfusions incriminées », le lien de causalité doit donc être considéré comme établi.

– **Retard de diagnostic - délivrance des soins - réparation (C.A.A. Bordeaux, 30 juin 2009, n° [07BX01193](#)) :**

En l'espèce, M. X, tétraplégique et porteur depuis 1991 d'une pompe pour l'administration continue intrathécale de baclofène destinée à traiter sa spasticité, a été atteint à compter du 2 mars 2000 d'une recrudescence progressive de spasticité. Après avoir consulté le 4 mars 2000 un médecin généraliste, l'aggravation de son état neurologique l'a conduit à se rendre en urgence le 5 mars 2000, depuis son domicile situé à Bordeaux, dans le service de neurochirurgie de l'hôpital Z où il était suivi depuis plusieurs années. Ayant sombré dans le coma pendant le trajet, il a été pris en charge pour effectuer une réanimation d'urgence par les médecins du service d'aide médicale d'urgence du centre hospitalier d'Agen qui, sur la base d'un diagnostic de sur-dosage en baclofène, ont effectué une vidange partielle de la pompe délivrant ce produit. M. X. intente une action tendant à obtenir réparation des conséquences dommageables du retard de diagnostic et de délivrance des soins appropriés à son

état. Le Tribunal administratif de Toulouse accueille sa requête, mais la Cour administrative d'appel de Bordeaux annule son jugement au motif que « *le tableau clinique grave que le patient présentait et qui nécessitait d'écarter les hypothèses de méningite ou d'hyperthermie maligne, lesquelles pouvaient être légitimement envisagées ainsi que l'a relevé l'expert et, d'autre part, de la vidange de la pompe par l'équipe médicale du centre hospitalier d'Agen, qui compliquait l'appréciation sur le dosage en baclofène, ce délai de quelques heures mis à corriger le diagnostic erroné de sur-dosage initialement posé par les médecins urgentistes, n'est pas, dans les circonstances de l'espèce, constitutif d'une faute de nature à engager la responsabilité de l'hôpital* ».

– **Acte médical nécessaire - risque connu - réalisation exceptionnelle - responsabilité du service public** (C.A.A. Paris, 22 juin 2009, [n° 06PA01939](#)) :

En l'espèce, M. X. a été hospitalisé à l'Hôpital Y afin de subir une opération visant à traiter un neurinome de l'acoustique. A l'issue de cette intervention, réalisée le 26 juin 2000, un hématome s'est formé et, malgré une seconde intervention, M. X. est resté, jusqu'à son décès en mars 2008, atteint de graves séquelles neurologiques marquées, entre autres, par une paralysie des membres supérieurs et inférieurs droits, un parasitage du membre supérieur gauche, une paralysie faciale gauche, des troubles de déglutition et de l'expression orale ainsi qu'une lenteur de l'idéation. Les ayants droit de M. X. intentent une action en justice visant à obtenir réparation du préjudice. La Cour administrative d'appel de Paris rappelle que lorsqu'un acte médical nécessaire au diagnostic ou au traitement du malade présente un risque dont l'existence est connue mais dont la réalisation est exceptionnelle et dont aucune raison ne permet de penser que le patient y soit particulièrement exposé, la responsabilité du service public hospitalier est engagée si l'exécution de cet acte est la cause directe de dommages sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de cet état, et présentant un caractère d'une extrême gravité. Ainsi, elle accueille la requête présentée pour le défunt par la Société Z., considérant que « *les troubles neurologiques majeurs subis par M. X. ont été déclenchés par l'hématome consécutif à l'intervention chirurgicale du 26 juin 2000 et présentent de ce fait un lien direct avec cette dernière ; que si l'apparition d'un hématome dans le foyer opératoire est une complication classique et reconnue de l'exérèse chirurgicale des volumineux neurinomes de l'acoustique, dont la réalisation ne peut être regardée comme exceptionnelle, il ressort cependant des constatations de l'expert que M. X. a présenté des séquelles neurologiques lourdes bien supérieures à la morbidité habituellement attendue dans ce type d'intervention et qui sont sans rapport avec l'état initial du patient comme avec l'évolution prévisible de celui-ci* ».

Doctrine :

– **Gouvernance - chef de pôle - mission - hôpital - service public - [loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) - (HPST)** (Revue hospitalière de France, n°528, mai - juin 2009, p. 59) :

Article de D. Debrosse intitulé : « *Gouvernance/performance : le nouveau paradigme* ». L'auteur propose une analyse des modifications apportées par la loi HPST à la fonction de chef de pôle. Selon l'auteur, les chefs de pôles sont voués à devenir la pierre angulaire de la gouvernance, chargés de l'amélioration des performances. Il propose ainsi de réfléchir au périmètre de leurs missions. Cela implique une double analyse, en premier lieu sur l'environnement actuel de l'hôpital, puis sur la notion de « *performance* » dans le service public hospitalier. L'auteur souligne les changements profonds attendus au sein de l'hôpital public grâce au couple gouvernance/performance.

– **Réforme hospitalière - organisation hospitalière - dépense hospitalière** (Revue générale de droit médical, n°30, mars 2009, p. 159) :

Article de J.-M. Clément intitulé : « *La saga des réformes hospitalières* ». Cet article s'intéresse au rythme des réformes hospitalières et aux tentatives de conciliation entre effort de recherche et contrôle des dépenses.

– **Management hospitalier - charte de management** (Revue hospitalière de France, mai - juin 2009, p. 63) :

Article de J. Mabrouk, intitulé « *Management hospitalier : encadrer ou manager ?* ». L'auteur analyse la démarche mise en place par le centre hospitalier de Saint Quentin en Yvelines d'une charte de management dont l'objectif est de promouvoir l'adhésion à une éthique professionnelle commune et la reconnaissance du métier de management hospitalier. L'auteur précise que de façon générale « *la nouvelle gouvernance, le développement de la démarche qualité conjugué aux contraintes budgétaires, les enjeux liés à la stratégie médicale et à l'organisation optimale des soins ont contribué à rénover la chaîne des responsabilités des cadres soignants et leurs missions* ». Il souligne ensuite que la charte de management de Saint Quentin en Yvelines, en instaurant notamment des réunions mensuelles animées par le chef d'établissement reconnaît la difficulté des fonctions des cadres soignants et prend en compte les missions du manger hospitalier dans leur globalité. Enfin, selon l'auteur, cette charte est une démarche novatrice et fédératrice.

– **Magnet Hospitals - personnel soignant - Hôtel - Dieu** (Revue hospitalière de France, mai - juin 2009, p. 14) :

Article de S. Cannasse intitulé « *Comment rendre un hôpital attractif ?* ». L'auteur souligne que l'un des enjeux fondamentaux de l'hôpital public est de savoir comment y attirer et faire rester les milliers d'infirmières dont il a besoin. Aussi, il analyse le concept américain de « *magnet hospitals* », dans lequel un niveau élevé de satisfaction professionnelle des infirmières est associé à un niveau élevé de qualité des soins.

L'auteur présente ensuite le projet 2008-2010 de l'Hôtel-Dieu qui s'inspire de cette idée et qui présente un projet visant à augmenter l'implication des personnels en menant des projets sur l'amélioration du cadre de travail, des services rendus aux patients et des compétences infirmières.

– **Hôpitaux français - financement - Union Européenne - Fonds Européen de Développement Régional (FEDER)** (Revue hospitalière de France, mai - juin 2009, p. 28) :

Article d'A. Penon intitulé « *Financez vos projets grâce au FEDER* ». L'auteur présente les conditions d'éligibilité des hôpitaux français à des financements issus du FEDER. Ce Fonds européen est l'un des trois instruments financiers de la politique régionale de l'Union européenne qui a pour objectif de renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l'Union européenne en corrigeant les déséquilibres régionaux. Dans ce but, l'auteur précise que des projets de santé peuvent être financés dans le cadre des programmes opérationnels attribués à des territoires donnés. Aussi, il souligne que le financement ne sera accordé qu'aux seuls les établissements situés sur ces territoires, pour une centaine de milliers d'euros et pendant une période de quatre à six années.

Divers :

– **Etablissement public de santé - établissement privé de santé - Acte médical répartition territoriale** (Revue hospitalière de France, n°528, mai - juin 2009, p. 68) :

Article de E. Vigneron intitulé : « *Pertinence des actes : libération du canal carpien et pose des drains transtympaniques* ». L'auteur propose une étude relative à deux actes médicaux importants et fréquemment pratiqués en France : la chirurgie du canal carpien et la pose de drains transtympaniques. L'auteur a réalisé des cartes de pratiques chirurgicales, comparant les données du secteur public et du secteur privé. permettant d'identifier de fortes variations régionales, avec des taux de plus 1.5 fois supérieurs à la moyenne enregistrée localement. L'auteur conclut que l'hôpital public a une activité homogène mais qu'il existe une très forte présomption d'activité non justifiée dans certaines zones de l'ouest de la France, réalisées par le secteur privé lucratif.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Accord de travail - agrément - établissement - service - secteur social et médico-social privé à but non lucratif** (J.O. du 16 juillet 2009) :

[Arrêté du 7 juillet 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif.

Doctrine :

– **Personne âgée - prévention - société** (La santé de l'homme, juillet 2009, N°401, page 23) :

Entretien entre G. Imbert et J-C. Henrard, publié dans la revue La santé de l'homme intitulé : « *Face aux soins, développer le préventif et le médico-social au profit des personnes âgées* ». L'auteur valide le concept de bien vieillir et se montre favorable à une individualisation des concepts de sénescence, de maladie et de santé, afin d'éviter les confusions dans la mise en œuvre de la prévention. Il se montre en outre favorable à la promotion individuelle et collective de la santé chez les personnes âgées. Enfin il relève que les efforts afin de conférer une vraie place dans la société aux personnes âgées seraient plus efficaces à une échelle régionale ou municipale.

– **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) - Médecin coordonnateur - responsabilité** (www.macsf.fr) :

Article de X. Gervais intitulé : « *Rôle, mission et responsabilités du médecin coordonnateur en EHPAD* ». La fonction de médecin coordonnateur n'est pas une fonction de soin direct à la personne mais une fonction de soins collectifs et de médecine institutionnelle. L'article rappelle que la responsabilité de ce médecin n'est pas uniforme : les procédures et les juridictions sont différentes selon que le résident souhaite une indemnisation ou une sanction du praticien, et selon que le médecin coordonnateur exerce dans un établissement public ou privé.

Divers :

– **Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) - [loi n°2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007](#) (LFSS) - bilan - activité :**

[Rapport d'activité 2007- 2008](#) de l'Anesm, publié le 19 juin 2009, qui retrace les débuts de l'Agence depuis sa création en 2006 par la LFSS pour 2007, et son installation en mai 2007. La première partie du rapport est consacrée à l'Agence, décrit ses fonctions et son fonctionnement. La seconde partie est consacrée aux réalisations de l'Agence en 2008. Elle traite des premières recommandations qu'elle a édictées, des premières évaluations internes réalisées notamment auprès des établissements sociaux et médico-sociaux.

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

Législation :

Législation européenne :

– **Nouvelle substance active - autorisation provisoire - prolongation** (J.O.U.E. du 30 juillet 2009) :

[Décision de la Commission du 29 juillet 2009](#) autorisant les États membres à prolonger les autorisations provisoires octroyées pour les nouvelles substances actives acéquinocyl, aminopyralide, acide ascorbique, béalaxyl-M, mandipropamid, novaluron, proquinazid, spirodiclofène et spiromesifen.

– **Substance active - tétraconazole - inscription - [directive 91/414/CEE](#) - modification** (J.O.U.E. du 28 juillet 2009) :

[Directive 2009/82/CE du Conseil du 13 juillet 2009](#) modifiant la directive 91/414/CEE en vue d'y inscrire le tétraconazole en tant que substance active.

– **Substance active - produit phytopharmaceutique - métam - autorisation - retrait - [directive n° 91/414/CEE](#)** (J.O.U.E. du 28 juillet 2009) :

[Décision du Conseil du 13 juillet 2009](#) concernant la non-inscription du métam à l'annexe I de la directive 91/414/CEE et le retrait des autorisations de produits phytopharmaceutiques contenant cette substance.

– **Thérapie innovante - donnée non clinique - qualité - certification - évaluation - [règlement \(CE\) n° 1394/2007](#)** (J.O.U.E. du 24 juillet 2009) :

[Règlement \(CE\) n° 668/2009 de la Commission du 24 juillet 2009](#) mettant en œuvre le règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil pour ce qui est

de l'évaluation et de la certification des données sur la qualité et des données non cliniques concernant les médicaments de thérapie innovante développés par les micro, petites et moyennes entreprises.

– **Dispositif médical - [directive n° 93/42/CEE](#) - mise en œuvre** (J.O.U.E. du 15 juillet 2009) :

[Communication de la Commission du 15 juillet 2009](#) dans le cadre de la mise en œuvre de la directive n° 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.

– **Dispositif médical implantable actif - législation - rapprochement - [directive n° 90/385/CEE](#) - mise en œuvre** (J.O.U.E. du 15 juillet 2009) :

[Communication de la Commission du 15 juillet 2009](#) dans le cadre de la mise en œuvre de la directive n° 90/385/CEE du Conseil du 20 juin 1990 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux dispositifs médicaux implantables actifs.

Législation interne :

– **Brevet - traité - Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI)** (J.O. du 25 juillet 2009) :

[Loi n° 2009-892 du 24 juillet 2009](#) autorisant la ratification du traité de l'OMPI sur le droit des brevets. Les principales modifications portent sur la simplification de l'attribution de la date de dépôt de brevet et la modification du recours en restauration pour le non respect du délai de priorité.

– **[Arrêté du 17 décembre 2004](#) - liste - modification - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 29 juillet 2009) :

[Arrêté du 23 juillet 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. du 29 juillet 2009) :

[Arrêté du 20 juillet 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Additif - aliment - fabrication - [arrêté du 2 octobre 1997](#) - modification** (J.O. du 17 juillet 2009) :

[Arrêté du 13 juillet 2009](#) pris par le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi modifiant l'arrêté du 2 octobre 1997 relatif aux additifs pouvant être employés dans la fabrication des denrées destinées à l'alimentation humaine.

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. des 21 juillet 2009) :

Arrêtés n° [27](#), [29](#) et [33](#) du 13 juillet 2009 pris par le 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 agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. des 17 et 24 juillet 2009) :

Arrêtés n° [25](#) et [34](#) du 13 juillet 2009 pris par le ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Produit - prix limite de vente (PLV) - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 14 juillet 2009) :

Décisions n° [2009-07](#) et [2009-08](#) du 9 juillet 2009 pris par le Directeur général de l'Afssaps portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique. Six nouveaux groupes de génériques sont ainsi créés.

– **Spécialité pharmaceutique - [arrêté du 17 décembre 2004](#) - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 21 juillet 2009)

Arrêtés n° [26](#) et [27](#) du 8 juillet 2009 pris par le ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 29 juillet 2009) :

[Avis](#) du 16 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports, 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. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 16 juillet 2009) :

[Avis](#) du 16 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports, 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 16 juillet 2009) :

[Avis](#) du 16 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports, relatif 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. du 21 juillet 2009) :

Avis n° [95](#), [97](#) et [116](#) du 21 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Prix - spécialité pharmaceutique** (J.O. du 24 et du 29 juillet 2009) :

Avis n°[71](#) du 24 juillet et n°[122](#) du 29 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Groupe générique - répertoire - modification - article [R. 5121-5](#) du Code de la santé publique - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (J.O. des 28 et 30 juillet 2009) :

Décisions n° [17](#) et [40](#) du 4 juin 2009 pris par le Directeur général de l’Afssaps portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. du 29 juillet 2009) :

[Avis n°98](#) du 31 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

Jurisprudence :

– **Hépatite B - vaccination - sclérose en plaques - dommage - lien de causalité - présomption grave, précise et concordante - responsabilité** (Cass.civ., 1^{ère}, 9 juillet 2009, [n° 08-11073](#)) :

Mme X a commencé à subir des troubles neurologiques, peu après avoir été vaccinée contre l'hépatite B. Une sclérose en plaques lui ayant été diagnostiquée, elle poursuit le laboratoire fabricant du vaccin, en vue de l'indemnisation de son préjudice. La Cour d'appel condamne le laboratoire. Ce dernier forme un pourvoi, au motif que la demanderesse n'a pas rapporté la preuve du lien de causalité entre l'apparition de sa maladie et sa vaccination. La Cour de cassation rejette le pourvoi. Selon la Haute juridiction, si « *les études scientifiques portées aux débats n'ont pas permis de mettre en évidence une augmentation significative du risque de sclérose en plaque après vaccination contre l'hépatite B, elles n'excluent pas pour autant un lien possible entre cette vaccination et la survenance d'une démyélinisation de type sclérose en plaque* ». Dès lors, la Cour d'appel a pu souverainement estimer que l'apparition de la maladie deux mois après la vaccination et l'absence d'antécédents neurologiques dans la famille de la victime, « *constituaient des présomptions graves, précises et concordantes* » établissant le lien de causalité entre la vaccination et l'apparition de la sclérose en plaques.

– **Vaccination obligatoire - myofasciite à macrophage - sclérose en plaques - dommage - lien de causalité - présomption grave, précise et concordante - responsabilité - article 1353 du Code civil - article L. 411-1 du Code de sécurité sociale** (Cass.civ.2^{ème}, 9 juillet 2009, [n° 08-14493](#)) :

M. X a subi en 1993 une vaccination contre l'hépatite B en sa qualité d'ambulancier. Il a effectué, le 16 novembre 1999, auprès de la caisse primaire d'assurance maladie de Roanne une déclaration de maladie professionnelle pour une : « *sclérose en plaques suite aux vaccins hépatite B* ». La caisse a toutefois refusé de prendre en charge la pathologie de M. X. La cour d'appel de Lyon l'a débouté de sa demande de prise en charge de sa pathologie au titre de la législation sur les accidents du travail et de sa demande subsidiaire d'expertise complémentaire. L'arrêt retient « *que contrairement à ce qui est soutenu la maladie doit être déterminée dès lors qu'elle n'est pas présumée imputable au vaccin contre l'hépatite B* ». Les différentes expertises diligentées ont conclu soit qu'il « *n'existait pas de certitude diagnostiquée quant à l'existence d'une sclérose en plaques* », soit que « *les différents examens n'avaient pas montré d'anomalies permettant de confirmer le diagnostic de sclérose en plaques* ». Par ailleurs, le deuxième expert a rappelé que si une myofasciite à macrophage aurait pu être évoquée, aucune biopsie

musculaire n'a été réalisée alors que c'était le seul examen qui aurait pu établir le lien avec la vaccination. L'expert conclut ainsi que, en l'état actuel de la science, le lien entre la myofasciite à macrophage et la vaccination contre l'hépatite B n'est pas établi. M. X. se pourvoit en cassation mais la Cour rejette son pourvoi : la Cour d'appel ayant fait usage de son pouvoir souverain d'appréciation de la valeur et la portée des éléments de preuve soumis à son examen, elle n'était pas tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation et a ainsi pu légitimement déduire l'absence de lien causal entre la maladie et la vaccination.

– **Vaccination obligatoire - sclérose en plaques - lien de causalité - article L. 3111- 4 du Code de la santé publique** (C.A.A. Bordeaux, 30 juin 2009, [n°08BX00582](#) et C.A.A. Bordeaux, 30 juin 2009, [n°09BX00236](#)) :

En l'espèce, Mmes X. et Y. ont subi dans le cadre de l'obligation vaccinale liée à leur activité professionnelle en vertu de l'article L.3111- 4 du Code de la santé publique, une vaccination contre le virus de l'hépatite B. Elles ont toutes deux développé une sclérose en plaque et ont demandé à l'Etat la réparation des préjudices qui en résultent. Dans les deux cas, la Cour d'appel de Bordeaux a considéré qu'un lien de causalité direct n'était pas établi entre la vaccination et le développement de la sclérose en plaque. Dans la première espèce, Mme X. avait présenté des signes cliniques évocateurs de la maladie avant les injections. Dans la seconde espèce, au contraire, Mme Y. n'avait présenté des signes cliniques que trois ans après l'injection. Les deux appels sont donc rejetés.

– **Hépatite C - contamination - transfusion sanguine - lien de causalité - présomption - responsabilité - faute dans l'organisation du service - Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP)** (C.E., 29 juin 2009, [n° 285383](#)) :

Mme X. a subi dans plusieurs hôpitaux dépendant de l'AP-HP de nombreuses interventions chirurgicales auxquelles elle impute sa contamination par l'hépatite C. Le tribunal administratif de Paris, considérant que les transfusions étaient bien à l'origine de la maladie, fait droit à sa demande d'indemnisation. La Cour administrative d'appel de Paris annule ce jugement. Elle estime que le lien de causalité entre les transfusions et la contamination n'est pas établi dans la mesure où, Mme X s'est vu administrer de nombreux produits sanguins labiles, provenant pour partie de centre de transfusion sanguine dépendant de l'AP-HP et a également subi de nombreuses interventions chirurgicales pendant plusieurs années, constituant une source possible de contamination par le virus de l'hépatite C. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la cour administrative d'appel, estimant que les interventions subies par la victime avaient toutes été pratiquées dans des hôpitaux dépendant de l'AP-HP, et « *qu'à supposer qu'elle se soit produite à l'occasion d'un de ces actes, la contamination de l'intéressée aurait en tout état de cause engagé la responsabilité de cet établissement public* ». Dès lors, « *l'introduction accidentelle d'un agent pathogène dans le corps d'un*

patient à l'occasion d'un acte de soins révélait une faute dans l'organisation du service », de nature à engager la responsabilité de l'AP-HP.

– **Hépatite C - contamination - indemnisation - réévaluation - responsabilité** (C.A.A. de Bordeaux, 30 juin 2009, [n° 08BX02850](#)) :

Mme X. et son fils, M. Y. demandent à la Cour administrative d'appel de Bordeaux d'augmenter les indemnités qu'ils leur ont été allouées en raison de la contamination de Mme X par le virus de l'hépatite C au cours d'une transfusion sanguine. La Cour administrative d'appel accueille favorablement leur demande. En effet, elle estime, que les indemnités relatives au préjudice d'agrément et au préjudice moral de Mme X. devaient être portées de 5 000 à 20 000 euros. Quant au préjudice moral de son fils, elle considère qu'il doit être porté de 1 000 à 3 000 euros.

– **Médicament princeps - spécialité de référence - référé - article [L. 521-3](#) du Code de justice administrative - Autorisation de mise sur le marché (AMM) - étude de biodisponibilité - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (C.E., 9 juillet 2009, [n° 329026](#) et [329027](#)) :

Un laboratoire X. exploitant une spécialité princeps souhaite former deux recours pour excès de pouvoir contre la décision de l'Afssaps d'octroyer une AMM à un laboratoire Y. exploitant une spécialité de référence. A cette fin, il saisit le Conseil d'Etat d'une demande de référé visant à enjoindre l'Afssaps de lui communiquer les études de biodisponibilité fournies par le laboratoire Y. La Haute juridiction a rejeté la demande estimant que « *la mesure sollicitée, n'était pas manifestement nécessaire à l'exercice éventuel d'un recours devant le Conseil d'Etat contre la décision qu'elle conteste* ».

– **Etablissement français du sang (EFS) - responsabilité - réparation - frais d'expertise - article [R. 761-1](#) du Code de justice administrative - circonstance particulière** (C.A.A., 22 juin 2009, [n° 08PA03261](#)) :

L'EFS interjette appel du jugement du tribunal administratif de Melun, qui, rejetant la mise en jeu de sa responsabilité, le condamne néanmoins à supporter les frais d'expertise. La Cour administrative d'appel de Paris rejette sa demande. Selon elle, « *le patient a été déclaré invalide à 80% et bénéficie d'une allocation adulte handicapée, son seul revenu complémentaire est son salaire d'agent d'entretien dans une mairie* ». Dès lors, « *compte tenu de sa situation économique et sociale et des doutes qu'il a pu nourrir sur la responsabilité de l'EFS, c'est sans commettre d'erreur d'appréciation que les premiers juges ont pu estimer que les circonstances particulières de l'affaire justifiaient que les frais d'expertise soient mis à la charge de l'EFS* ».

Doctrine :

– **Médicament - [Loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires \(HPST\)](#)** (Droit et Pharmacie Actualités, n°13, juillet 2009) :

Dossier de la rédaction intitulé « *Les médicaments et la loi « Hôpital, patients, santé et territoires* ». A l'issue d'une présentation générale de la loi, le dossier propose un panorama des « *principales mesures de la loi HPST relatives aux médicaments ou pouvant concerner les médicaments* ».

– **Médicament - brevet - contrefaçon** (RGDM, n°30, 2009, p. 245 à 276) :

Article de V. Varnerot intitulé « *Le particularisme de la contrefaçon de brevet de médicament* ». L'auteur propose une réflexion sur les aspects spécifiques du droit des brevets en matière de médicaments. Selon elle, le particularisme de la notion de contrefaçon de médicament conduit nécessairement à des sanctions spécifiques. En ce sens, elle met en exergue les limites du droit commun en la matière.

– **Incident grave (IG) - chaîne transfusionnelle - déclaration** (www.afssaps.fr) :

[Article](#) de I. Sandid, C. Caldani, M.P. Vo Mai, B. Willaert, N. Ounoughene, D. Benhamou, Y. Auroy intitulé : « *Incident graves (IG) de la chaîne transfusionnelle : deux ans d'expérience* ». Les auteurs rappellent la mise en place du dispositif déclaratif des IG de la chaîne transfusionnelle. Puis, ils font un état des lieux de la gestion, depuis deux ans, de ce dispositif. Les auteurs retiennent notamment que les situations « *à risque d'IG* » doivent être incluses dans le dispositif.

Divers :

– **Industrie pharmaceutique - recherche - développement -European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA)** (www.efpia.org):

[Rapport](#) de l'EFPIA publié en juillet 2009 intitulé : « *The pharmaceutical industry in figures* ». Ce rapport synthétise les données de l'industrie pharmaceutique en Europe, aux Etats-Unis et au Japon. Il propose de nombreux tableaux, notamment sur le taux de TVA appliqué selon les pays aux produits pharmaceutiques, les montants des importations et exportations ou encore les principales causes de mortalité en Europe. Il permet ainsi de démontrer que l'industrie pharmaceutique est un élément clef des progrès scientifiques et médicaux ainsi que de la recherche. Il met aussi en lumière le rôle majeur de l'industrie pharmaceutique dans l'économie européenne.

– Médicament dérivé du sang – Autorisation de mise sur le marché (AMM) – régime juridique – [rapport sur le régime juridique des AMM du 3 septembre 2007](#) – communication – question écrite [n°04626](#) – question écrite [n°03994](#) – Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) (www.senat.fr) :

[Réponse](#) de la Ministre de la santé et des sports à deux questions écrites de parlementaires relatives à la date de communication publique du rapport relatif « *au régime juridique des autorisations de mise sur le marché des médicaments dérivés du sang et l'éthique du don* » qui lui a été remis le 3 septembre 2007 en vue d'une transmission à la Commission européenne. La ministre rappelle que le Professeur Pellet a bénéficié d'une entière liberté d'analyse dans la formulation de propositions relatives à l'évolution de certains aspects du système français de gestion des dons. Toutes ces propositions n'ont pas été retenues dans le cadre du travail entrepris par le ministère de la santé et des sports et l'Afssaps concernant la sécurisation de l'approvisionnement du marché français des médicaments dérivés du sang. En outre la Ministre précise que le rapport sur le régime juridique des AMM est disponible sur le site de son auteur.

– Médicament – Amélioration du service médicale rendu (ASMR) – charte de la visite médicale – question écrite [n°05323](#) – Haute Autorité de santé (HAS) (www.senat.fr) :

[Réponse](#) de la ministre de la santé et des sports à une question parlementaire relative à la diffusion des avis de la HAS en matière d'ASMR et à la possibilité de mentionner sur la boîte des médicaments le niveau d'ASMR obtenu. En outre le parlementaire s'interroge sur les moyens juridiques de faire respecter la condition selon laquelle le niveau d'ASMR d'un médicament doit être communiqué au cours de la visite médicale. La ministre rappelle tout d'abord que les avis de la HAS relatifs à l'ASMR des spécialités pharmaceutiques sont disponibles sur son site internet. Ensuite, elle précise que les visites médicales sont régies par la Charte de la visite médicale qui a fait l'objet d'une certification par la HAS. Dès lors, elle estime « *qu'introduire une mesure visant à sanctionner de manière stricte les entreprises non respectueuses de la Charte serait probablement perçu comme contraire à l'esprit initial et nécessiterait la mise en place de modalités de sanctions complexes, contradictoires avec un mécanisme de certification* ». Enfin, la ministre se prononce défavorablement quant à la possibilité d'inscrire sur l'emballage des médicaments le niveau d'ASMR dans la mesure où « *ce type de libellé n'est pas adapté à une cible grand public* » et que le « *risque d'une mauvaise interprétation du libellé de l'ASMR par le patient – conduisant par exemple à ne pas respecter la prescription médicale – n'est pas à écarter* ».

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation interne :

– **Maladie professionnelle - accident professionnel - instruction** (J.O. du 31 juillet 2009) :

[Décret n°2009-938 du 29 Juillet 2009](#) relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Jurisprudence :

– **Accident du travail - Caisse de mutualité sociale agricole - taux d'incapacité permanente partielle - taux de rente - taux de cotisations accidents du travail - compétence - opposabilité - employeur - communication des pièces - rapport d'évaluation des séquelles - dossier médical - principe du contradictoire - secret médical - expertise médicale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 25 juin 2009, [n° 08-15084](#)) :

M. X, salarié de la coopérative des agriculteurs de la Mayenne, a été victime d'un accident pris en charge, au titre de la législation professionnelle, par la caisse de mutualité sociale agricole de la Mayenne-Orne-Sarthe. La caisse lui a reconnu un taux d'incapacité permanente partielle de 18% avec bénéfice d'une rente. La coopérative a contesté l'opposabilité de ces décisions et la prise en compte du capital représentatif de cette rente dans la détermination de son taux de cotisations accidents du travail. Elle a saisi d'un recours la juridiction du contentieux général de sécurité sociale qui s'est déclarée incompétente au profit de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail. La Cour d'appel d'Angers a accueilli le contredit formé par la coopérative et a déclaré compétent le tribunal des affaires de sécurité sociale. Par ailleurs, elle a également ordonné à la caisse « *de communiquer à la coopérative le rapport d'évaluation des séquelles et toutes les constatations ayant fondé sa décision* », a considéré qu'il n'y avait pas lieu « *d'ordonner une expertise médicale sur pièces* » pour pallier la carence de la caisse dans l'administration de la preuve et « *au vu de son refus à communiquer ces pièces à la coopératives [a déclaré] inopposable à cette dernière sa décision d'attribution à M. d'un taux de rente d'accident du travail* ». Selon la Cour de cassation, « *le refus de communication par la caisse viole le principe du contradictoire et empêche l'employeur de rapporter la preuve d'un élément de fait essentiel pour le succès de ses prétentions* ». La Cour suprême considère que dans la mesure où « *la cour d'appel a clairement rejeté l'argument avancé par la caisse, tiré du respect du secret médical pour tenter de s'opposer à la communication du dossier médical de la victime, c'est donc de façon parfaitement inopérante que la caisse se prévaut à nouveau du secret médical pour refuser de satisfaire à l'injonction de communiquer les pièces* ». Par

conséquent, la Cour de cassation rejette le pourvoi formé par la caisse et confirme l'inopposabilité de la décision de la caisse à la coopérative.

– **Maladie professionnelle - prise en charge - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - opposabilité - employeur - obligation d'information - principe du contradictoire - article [R. 441-11](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 9 juillet 2009, [n° 08-17042](#)) :

M. X., salarié de la société A., aux droits de laquelle vient la société B., a été victime d'une affection qui a été prise en charge au titre de la législation professionnelle par la CPAM de la Nièvre. La société, contestant l'opposabilité de cette décision, a alors saisi la juridiction de sécurité sociale d'un recours. La Cour d'appel de Bourges a déclaré inopposable à la société cette décision. L'arrêt retient en effet que « *la caisse avait certes informé la société par courrier du 23 janvier 2004, reçu le 27 janvier, de la clôture du dossier, de la possibilité de consulter le dossier dans un délai de dix jours à compter de l'établissement dudit courrier* », mais « *le délai de six jours, dont quatre jours ouvrables, dont avait effectivement bénéficié l'employeur était insuffisant pour le mettre en mesure de présenter ses observations* ». Un pourvoi est formé par la caisse qui est rejeté par la Cour de cassation. Cette dernière considère que c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation que la Cour d'appel, en a exactement déduit que les décisions de prise en charge étaient inopposables à la société.

– **Altération de l'état de santé - inaptitude - harcèlement moral** (Cass. Civ., 2^{ème}, 24 juin 2009, [n° 07-43994](#)) :

M. X. responsable commercial de la société Y., a été licencié en juin 2002 en raison de son inaptitude totale à tout poste dans l'entreprise. Il a saisi la juridiction prud'homale aux fins d'obtenir la condamnation de son employeur au paiement de diverses sommes, et notamment à titre de dommages-intérêts pour licenciement abusif lié aux conditions de harcèlement moral et pour préjudice moral lié à l'altération de son état de santé. La Cour d'appel de Rouen a condamné la société Y au paiement de diverses sommes. Elle a retenu « *d'une part, que M. X. avait fait l'objet de brimades et de dénigrement par sa collaboratrice qui l'avait privé de ses responsabilités ; d'autre part, que ces agissements avaient gravement altéré sa santé, son inaptitude étant la conséquence directe de ceux-ci* ». Elle en a conclu « *que le licenciement de ce salarié, victime de harcèlement, pour une inaptitude dont l'employeur ne pouvait se prévaloir, était nul* ». Un pourvoi est formé par l'employeur qui est rejeté par la Cour de cassation. Cette dernière considère que la cour d'appel a exactement décidé, au vu des éléments soumis à son examen, que le licenciement de ce salarié était nul. Par conséquent, le moyen n'est pas fondé.

– **Maladie professionnelle - amiante - faute inexcusable - obligation de sécurité résultat - article [L. 452-1](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 9 juillet 2009, [n° 08-16934](#)) :

M. Y., salarié de la société Y, a été reconnu atteint d'une maladie professionnelle inscrite au tableau n° 30. Après son décès, ses ayants droit ont saisi la juridiction de sécurité sociale aux fins de voir reconnaître la faute inexcusable de l'employeur. La Cour d'appel d'Angers a accueilli ces demandes. L'arrêt retient que nonobstant les résultats des analyses réalisées par la société pour déterminer le nombre de fibres d'amiante dans ses ateliers, « la société avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé son salarié ». Par conséquent, la Cour d'appel a jugé que la faute inexcusable devait être reconnue. Un pourvoi est alors formé par la société. Il est rejeté par la Cour de cassation qui rappelle « qu'en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ces salariés du fait des produits fabriqués ou utilisés dans l'entreprise ». Or, « le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452 1 du Code de la sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver ». Elle considère que la Cour d'appel a exactement déduit, des éléments soumis à son examen, que la société avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé son salarié.

– **Maladie professionnelle - amiante - faute inexcusable - Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIIEG) - multi-exposition - compte spécial - [article 2 de l'arrêté du 16 octobre 1995](#) - [article D. 242-6-3](#) du code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 9 juillet 2009, [n° 08-16612](#)) :

M. X., ayant exercé son activité professionnelle au sein de diverses entreprises de 1957 à 1968, puis à EDF de 1969 à 2003, a été reconnu atteint d'un mésothéliome pleural. Cette affection a été prise en charge au titre des maladies professionnelles par la Caisse nationale des industries électriques et gazières. Après son décès, sa veuve et ses deux filles ont engagé une action en reconnaissance de la faute inexcusable de la société Y. devant la juridiction de la sécurité sociale. « Qu'ayant donné acte à la société Y. de ce qu'elle ne contestait pas la reconnaissance de la faute inexcusable, et fixé le montant des réparations et indemnités dues au titre de l'action successorale et du préjudice moral des ayants droit, la Cour d'appel a dit que les sommes en cause devaient être supportées par la société Y. et les fonds simplement avancés par la CNIIEG ». La CNIIEG et la société forment alors un pourvoi en cassation. La CNIIEG reproche, notamment, à la Cour d'appel d'avoir rejeté la demande fondée sur l'arrêté du 16 octobre 1995, invoquant une multi exposition du salarié au risque de la maladie professionnelle. Ce pourvoi est rejeté par la Cour de cassation qui rappelle que « la cour d'appel n'était saisie que des conséquences financières de la faute inexcusable non contestée de la société Y., de sorte que l'article 2, 4^e, de l'arrêté du 16 octobre 1995 pris pour l'application de l'article D. 242-6-3 du code de la sécurité sociale n'était pas susceptible de recevoir application ».

– **Maladie professionnelle – décret n°2007-1754 du 13 décembre 2007 – articles [L.461-1](#) et [L.461-2](#) du Code de la sécurité sociale** (Conseil d’Etat, sous-sections 1 et 6 réunies, 1^{er} juillet 2009, [n°313243](#)) :

Le décret n°2007-1754 du 13 décembre 2007 est venu réviser et compléter les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la sécurité sociale, en instituant un temps de latence de vingt ans depuis le début de l’exposition aux poussières ou fumées renfermant du cadmium pour que le cancer broncho-pulmonaire puisse être présumé d’origine professionnelle. Plusieurs organisations syndicales ainsi qu’une association de victimes ont intenté une requête en annulation pour excès de pouvoir contre ce décret. Le Conseil d’Etat constate, au vu de l’article L.461-1 du Code de la sécurité sociale, que les conditions qui définissent la manière dont peuvent être contractées les maladies professionnelles ne peuvent légalement portées que sur : le délai maximum de constatation d’une maladie, la durée d’exposition ou la liste limitative des travaux à même de provoquer une maladie. Il ajoute que le principe de présomption d’imputabilité posé à l’article L.461-2 du même code, concernant les manifestations morbides d’intoxications aiguës présentées par les travailleurs exposés de façon habituelle à certains agents nocifs, ne saurait être méconnu. Le Conseil d’Etat en conclut que les dispositions du décret attaqué méconnaissent à la fois l’article L461-1 du code de la sécurité sociale et le principe de présomption d’imputabilité posé par l’article L.461-2 du même code.

– **Santé au travail – obligation de sécurité résultat – employeur – articles [L. 4121-1](#), [L. 4121-2](#) et [L. 4121-4](#) du Code du travail – décompensation anxio-dépressive** (Cass. Soc., 24 juin 2009, [n° 07-41911](#) et [n° 08-41050](#)) :

Mme X, salariée de l’Association Y., a été licenciée le 11 mars 2003 pour inaptitude et impossibilité de reclassement. Elle a alors saisi la juridiction prud’homale en demandant la condamnation de son employeur à lui payer des dommages-intérêts. Elle soutient, notamment, que son employeur est responsable de la dégradation de son état de santé, de ses arrêts de travail et de son inaptitude. La Cour d’appel de Versailles a, notamment, condamné l’employeur à payer à la salariée des dommages et intérêts tant pour non-respect de l’obligation de l’ancien article L. 230-2 du Code du travail durant l’exécution du contrat de travail que pour licenciement sans cause réelle et sérieuse. Elle a, en effet, constaté, d’une part, que « *l’employeur avait placé la salariée, présentant des signes apparents de décompensation anxio-dépressive, dans une situation difficile en lui demandant d’effectuer, en plus de ses tâches et dans un climat social tendu, la comptabilité dégradée d’une autre association avec des suspicions de malversation et qu’il en était résulté une angoisse professionnelle accrue avec troubles* » ; d’autre part que « *les relations de la salariée avec son supérieur avaient aggravé la pathologie de celle-ci* ». Un pourvoi est formé par l’employeur qui est rejeté par la Cour de cassation. Cette dernière rappelle que « *l’employeur est tenu à l’égard de son personnel d’une obligation de sécurité de résultat qui lui impose de prendre les mesures nécessaires pour assurer de manière effective la sécurité et protéger la santé des travailleurs* ». Aussi, « *il lui est interdit, dans l’exercice de son pouvoir de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de ne pas respecter cette obligation* ». La Cour de cassation considère qu’en l’espèce

la Cour d'appel, ayant caractérisé l'existence de mesures ayant eu pour objet ou pour effet de compromettre la santé de la salariée, a fait une exacte application des dispositions de l'article L. 230-2, I, II et III, alinéa 3, devenu les articles L. 4121-1, L. 4121-2 et L. 4121-4 du Code du travail.

– **Organisme génétiquement modifié (OGM) - dissémination volontaire - mise sur le marché - éthique - religion - autorisation - [directive n°2001/18/CE](#) - [directive n°2002/54/CE](#) - manquement** (CJCE, 16 juillet 2009, [C-165/08](#), *aff. Commission c/ République de Pologne*) :

La République de Pologne a interdit la libre circulation de semences de variétés génétiquement modifiées ainsi que l'inclusion de variétés génétiquement modifiées dans le catalogue national. La Commission européenne a introduit un recours en manquement devant la CJCE afin de voir constater que la République de Pologne a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des directives 2001/18/CE et 2002/54/CE. La République de Pologne a invoqué des motifs d'ordre éthique et religieux afin de ne pas appliquer lesdites directives. Or la Cour relève que la République de Pologne, à qui incombe pourtant la charge de la preuve, n'a pas établi que les dispositions nationales litigieuses poursuivaient effectivement les finalités religieuses et éthiques invoquées. Ainsi, elle retient le manquement de la République de Pologne aux obligations qui lui incombent en vertu des directives 2001/18 et 2002/54 et la condamne aux entiers dépens.

– **Organisme génétiquement modifié (OGM) - mise sur le marché - autorisation - articles [L.533-5](#) et [L. 536-4](#) du Code de l'environnement - article [618-1](#) du Code de procédure pénale** (Cass. Crim., 30 juin 2009, [n° 08-81859](#)) :

En l'espèce, deux présidents successifs d'une société ont été condamnés par la chambre correctionnelle de la cour d'appel de Montpellier à payer respectivement les sommes de 5.000 euros et de 10.000 euros pour avoir mis sur le marché des semences de soja contenant des organismes génétiquement modifiés sans l'autorisation prévue par l'article L. 533-5 du Code de l'environnement. Les juges du fond relèvent que la présence d'OGM était connue des dirigeants dès 1999 et en déduisent ainsi que les prévenus ont sciemment poursuivi la commercialisation, sans demander pour autant l'autorisation requise. La Cour de cassation rejette les pourvois au motif que la cour d'appel a caractérisé en tous ses éléments le délit de mise sur le marché d'OGM sans autorisation et fixe à 3.000 euros la somme que les prévenus doivent payer à l'association France nature environnement, à la Confédération paysanne de l'Aude et à la Confédération paysanne nationale au titre de l'article 618-1 du Code de procédure pénale.

Doctrine :

– **Accident du travail - risque psychosocial - suicide - salarié - article [L. 411-1](#) du Code de la sécurité sociale - faute intentionnelle - faute inexcusable - employeur** (Petites Affiches, juillet 2009, n° 132, p. 4) :

Article de F. Petit intitulé « *Le suicide au travail : de la faute intentionnelle du salarié à la faute inexcusable de l'employeur* ». Dans cet article, l'auteur s'interroge sur les conséquences juridiques du suicide au travail. Selon l'auteur, « *l'enjeu est de distinguer les gestes de désespoir trouvant leur origine dans une cause étrangère au travail de ceux qui sont survenus, pour reprendre l'expression de l'article L. 411-1 du Code de la sécurité sociale, par le fait ou à l'occasion du travail* ». Autrement dit, « *toute la difficulté se concentre sur la cause génératrice du suicide ou de sa tentative* ». L'auteur rappelle qu'il n'est pas exclu qu'une faute inexcusable soit reprochée à l'employeur s'il pouvait prévenir l'accident. L'auteur en conclut que « *la question du suicide ou de sa tentative trouvant son origine dans le travail a fait indéniablement l'objet d'un renouvellement dans la jurisprudence judiciaire, malgré une reconnaissance encore très timide des suicides et des tentatives de suicide comme accidents du travail* ».

– **Accident du travail - rente - imputation - déficit fonctionnel permanent - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - avis [n° 0070016P](#), [n° 0070015P](#) et [n° 0070017P](#) du 29 octobre 2007 de la Cour de cassation - recours des tiers payeurs** (Cass. Civ., 2^{ème} 11 juin 2009, [n° 08-17581](#) et [n° 07-21768](#)) (Dalloz, 2009, n° 26, p. 1789) :

Note de P. Jourdain sous deux arrêts de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 11 juin 2009 intitulée : « *Imputation des rentes d'accident du travail sur les postes de dommage corporel : la Cour de cassation change d'avis* ». Dans ces arrêts, la question était de savoir si les rentes d'accident du travail, versées par les caisses de sécurité sociale aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, s'imputaient uniquement sur le préjudice professionnel ou si elles pouvaient également s'imputer sur le déficit fonctionnel. La Cour de cassation abandonne ici partiellement la solution qu'elle avait antérieurement préconisée dans ses avis du 29 octobre 2007. Elle considère que « *la rente versée indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent* ». Selon l'auteur, la solution retenue « *apparaît à la fois opportune et fort audacieuse* ». Elle est, d'une part, opportune dans la mesure où « *les tiers payeurs sont restaurés dans leurs droits légitimes à recours* » et « *qu'en l'absence de préjudice professionnel, la rente ne peut guère réparer qu'un préjudice personnel, le déficit fonctionnel permanent* ». Elle est, d'autre part, audacieuse « *au regard des termes de la loi* ».

– **Santé au travail - état de santé - personne active - personne inactive - inégalité de santé - risque professionnel - risque psychosocial - contrainte professionnelle - situation socioprofessionnelle** (Pratiques et organisations des Soins, volume 40, n° 2, avril - juin 2009, p. 113) :

[Article](#) de C. Breton intitulé « *Travail et santé des Franciliens : résultats d'enquête, enjeux en termes de soins et prévention* ». Dans cet article sont présentés les résultats de l'enquête décennale de santé 2002-2003 « dont les principaux objectifs étaient d'appréhender la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention, la morbidité déclarée ainsi que la santé perçue ». Cette enquête confirme le moins bon état de santé des personnes inactives. Elle a permis de mettre en évidence l'importance des inégalités de santé en Ile-de-France (plus importantes chez les femmes) ainsi que la détresse psychologique ressentie au travail et les contraintes professionnelles.

– **Arrêt de travail - taux d'incidence - déterminant individuel - artisan - commerçant - travailleur indépendant - travailleur salarié - sur-déclaration - sous-déclaration - groupe à risque sanitaire** (Pratiques et organisations des Soins, volume 40, n° 2, avril - juin 2009, p. 99) :

[Article](#) de P. Ha-Vinh, D. Berdeu et L. Sauze intitulé « *Taux d'incidence et déterminants individuels des arrêts de travail chez les artisans et commerçants indépendants, intérêt épidémiologique* ». Les auteurs se sont demandés si les travailleurs indépendants avaient toujours un taux d'incidence d'arrêt de travail plus faible que les travailleurs salariés ou si un rattrapage s'était effectué. « *Un recueil longitudinal de données individuelles [notamment le sexe, l'âge, le lieu de naissance, le lieu de résidence, le statut marital, la présence d'une affection de longue durée, l'activité professionnelle, l'ancienneté dans la profession, l'exonération de cotisation...] a permis de constituer a posteriori une cohorte de travailleurs indépendants et d'en suivre le parcours.* » Il ressort, notamment, de l'analyse des données que « *le taux d'incidence d'un premier arrêt de travail quelle qu'en était la cause (travail ou vie privée) pour 100 personnes-années est de 8,24 % tous métiers confondus (9,70 % chez les artisans et 6,96 % chez les commerçants)* ». Les auteurs en concluent que « *le taux d'incidence de [leur] étude reste donc très inférieur au taux d'incidence d'arrêt de travail retrouvé chez les travailleurs salariés en 2005 (20 %)* ». Les auteurs attirent toutefois l'attention sur le fait que « *les arrêts de travail font l'objet de sur-déclarations ou de sous-déclarations incitant à la prudence quant à l'utilisation des arrêts de travail pour cibler les groupes à risque sanitaire* ».

– **Santé mentale - souffrance psychique - activité professionnelle - Institut de veille sanitaire (InVs) - programme Samotrace - volet épidémiologique** (La Santé de l'homme, mai-juin 2009, n° 401, p. 49) :

Article de C. Cohidon, M. Murcia et du comité de pilotage de Samotrace Centre intitulé « *Souffrance au travail : des secteurs davantage exposés* ». Les auteurs rappellent que « *le département Santé Travail de l'InVs a développé - en collaboration avec des sociétés savantes de médecine du travail, les directions régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle du Centre et de Rhône-Alpes et des universitaires - un programme de surveillance de la santé mentale en lien avec l'activité professionnelle, intitulé Samotrace* ». Dans cet article sont présentés les résultats de l'enquête dite Samotrace concernant exclusivement le volet épidémiologique en entreprise de la zone Centre. Cette enquête a permis de mettre en évidence les métiers et secteurs les plus exposés à la

souffrance au travail. Il s'agit des professions intermédiaires, des finances et de l'administration publique. Selon les auteurs, « *ce qui est intéressant ici n'est pas tant les valeurs de prévalence des indicateurs de santé mentale que l'existence de différences de prévalence entre catégories professionnelles et secteurs d'activité* ».

– **Radiofréquence - antenne-relai - environnement - [rapport de restitution](#)** (Revue Communication Commerce Electronique n°7, juillet 2009, alerte 98)

Article de M.-A. Ledieu intitulé : « *Un Grenelle des ondes a minima* ». L'auteur évoque la portée du rapport de la Table ronde « *Radiofréquences, santé, environnement* » rendu le 25 mai 2009. Il reproche le fait que la délicate question de la nocivité des ondes mobiles n'ait pas été tranchée, mais note cependant la mise en place d'un projet d'expérimentation d'abaissement des valeurs d'émission de 41 V/m à 0,6 V/m des antennes relais au cours de l'été dans certaines villes pilotes. Il mentionne en outre la principale recommandation de ce rapport, à savoir l'encadrement de l'utilisation des téléphones portables par les enfants, et l'interdiction de l'usage du téléphone portable à l'école primaire notamment.

– **Environnement - nanotechnologies - [règlement REACH](#) - [règlement CLP](#)** (Gazette du Palais, spécial Droit de l'environnement, juillet 2009) :

Au sommaire du numéro spécial « *Droit de l'environnement* » de la Gazette du Palais figurent notamment les articles suivants :

- C. Lepage, « *L'urgence d'un droit des nanotechnologies* » ;
- M.-P. Maître et E. Miteva, « *Structuration de la réglementation sur les produits chimiques : l'articulation des règlements REACH et CLP* » ;
- B. Berger, « *Panorama de jurisprudence 2008 en matière d'environnement* ».

– **Responsabilité environnementale - dommage - réparation - article [R. 162-2, I](#) du Code de l'environnement - [loi n° 2008-757 du 1er août 2008](#) - [décret n° 2009-468 du 23 avril 2009](#)** (Revue Lamy Droit Civil n°62, juillet-août 2009, p. 22 et 23) :

Commentaire intitulé : « *Mise en place du régime de responsabilité environnementale, bis* ». Il est d'abord rappelé que le régime de responsabilité environnementale introduit par la loi du 1^{er} août 2008 relative à la responsabilité environnementale est de nature administrative. Il est ensuite dit que le décret d'application du 23 avril 2009 relatif à la prévention et à la réparation de certains dommages causés à l'environnement crée un nouveau titre relatif à la prévention et à la réparation de certains dommages causés à l'environnement, au sein de la partie réglementaire du Code de l'environnement. L'article rappelle enfin que le décret désigne comme autorité administrative habilitée à prescrire des mesures de réparation ou à instruire les demandes d'intervention émanant d'associations, le préfet du département dans

lequel la menace de dommage se manifeste ou dans lequel le dommage se réalise.
(Article R. 162-2, I du Code de l'environnement)

Divers :

– **Pesticide - résidu - nourriture - European Food Safety Authority (EFSA) - article 32 du règlement n° 396/2005** (www.efsa.europa.eu) :

Rapport de l'EFSA du 10 juin 2009 présentant une vue d'ensemble sur les résultats du contrôle sur les résidus de pesticides dans les matières premières alimentaires. Cette étude a été réalisée en 2007 dans les 27 pays membres de l'Union Européenne ainsi qu'en Norvège et en Islande. Ce rapport analyse les risques de santé pour le grand public. Par rapport à l'étude de 2006, le nombre total de pesticides dans les matières premières alimentaires a augmenté de 13%. L'EFSA n'émet pas d'avis quant à l'origine de cette augmentation, mais invite les Etats membres à fournir leurs conclusions en la matière.

– **Santé au travail - personnel infirmier - exercice - service médical de l'entreprise - indépendance technique - nouvelle compétence - prévention primaire - suivi - médecin du travail - Institut national de recherche et de sécurité (INRS)** (www.dmt-prevention.fr) :

Dossier de l'INRS intitulé « *L'exercice infirmier en santé au travail. Résultats d'une enquête par questionnaire* ». L'enquête réalisée en 2007 a concerné les infirmières de quatre régions, à savoir l'Aquitaine, le Centre, le Nord-Pas-de-Calais et le Poitou-Charentes. Cette enquête a permis de mettre en évidence les tâches exercées par le personnel infirmier et les modalités de fonctionnement suivant le type de service médical de l'entreprise (autonome ou service interentreprises). « *Ces résultats indiquent une orientation de l'activité de l'infirmière qui peut différer en fonction de son rattachement administratif et hiérarchique* ». La question se pose de savoir si « *les missions des personnels infirmiers ne pourraient pas être redéployées vers des tâches de prévention primaire et de suivi des salariés en appui au médecin du travail* ». Aussi, dans le cadre de projets de réforme, « *il conviendrait d'optimiser leurs compétences et leur savoir-faire en lien avec leur formation dans tous les types de service de santé au travail* ».

– **Deuxième plan national santé environnement (PNSE 2) - Grenelle de l'environnement - santé publique - loi du 9 août 2004** (www.sante-sports.gouv.fr) :

Deuxième plan national santé environnement déclinant les engagements du Grenelle de l'environnement. Il a pour ambition de donner une vue globale des principaux enjeux, de caractériser et de hiérarchiser les actions à mener pour la période 2008-2013. Il définit un ensemble d'actions communes et concertées, tant au niveau

national que local, et s'inscrit dans la continuité des actions portées par le premier PNSE prévu par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

– **Energie photovoltaïque - environnement - santé - rapport d'information** (www.assemblée-nationale.fr) :

[Rapport](#) de M. Poignant fait au nom de la Commission des affaires économiques de l'Assemblée nationale le 16 juillet 2009 sur l'énergie photovoltaïque. Ce rapport évoque les différentes technologies de conversion de l'énergie solaire et décrit certains des critères qui doivent entrer en compte dans le choix des matériaux à privilégier: les coûts économiques de production, mais également le coût environnemental et social et les risques induits sur la santé humaine.

– **Grenelle de l'environnement - programmation - mise en œuvre** (www.senat.fr) :

[Projet de loi de programmation](#) adopté le 23 juillet 2009 par le Sénat, relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement. Il a pour but de répondre au constat préoccupant d'une urgence écologique, fixe les objectifs, définit le cadre d'action et énonce les instruments de la politique mise en œuvre pour lutter contre le changement climatique ; il tend également à préserver la biodiversité ainsi que les services qui y sont associés, à contribuer à un environnement respectueux de la santé, à préserver et à mettre en valeur les paysages. Ce projet de loi assure un nouveau modèle de développement durable qui respecte l'environnement et se combine avec une diminution des consommations en énergie, en eau et autres ressources naturelles.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

– **Intervention d'urgence - maladie vésiculeuse du porc - participation financière :**

[Décision de la Commission N° 2009/557/CE du 22 juillet 2009](#) relative à une participation financière de la Communauté aux interventions d'urgence contre la maladie vésiculeuse du porc, en Italie, en 2008.

– **Programme d'éradication et de surveillance - modification - maladie animale - zoonoses - participation financière - [décision 2008/897/CE](#)** (J.O.U.E. du 25 juillet 2009):

[Décision de la Commission N°2009/560/CE du 22 juillet 2009](#) portant approbation de certains programmes modifiés d'éradication et de surveillance de maladies animales et zoonoses pour l'année 2009 et modifiant la décision 2008/897/CE en ce qui concerne la participation financière de la Communauté aux programmes de certains Etats membres approuvés par ladite décision.

– **Herpès-virose - fièvre aphteuse - peste porcine - Brucellose (www.oie.int)** :

Messages d'alerte de l'Organisation mondiale de la santé animale du 24 juillet 2009 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

- [Rapport de notification](#) de l'Herpès-virose de la carpe koï en Belgique.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse au Taipei chinois.
- [Rapport de notification](#) de la peste porcine classique en Lituanie.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse en Israël.
- [Rapport de notification](#) de la Brucellose (*Brucella melitensis*) en Croatie

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

– **Sécurité sociale - trésorerie - plafond** (J.O. du 31 juillet 2009) :

[Décret n°2009-939 du 29 juillet 2009](#) portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de la sécurité sociale.

– **Remboursement - spécialité pharmaceutique - assuré social** (J.O. des 21, 23, 24 et 29 juillet 2009) :

Arrêtés [n° 26](#), [n°28](#), [n°32](#), [n°33](#) et [n°34](#) du 13 juillet 2009, [n°45](#) du 20 juillet 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.

– Remboursement- produit remboursable – prestation remboursable – article [L.165-1](#) du code de la sécurité sociale (J.O. du 31 juillet 2009) :

[Arrêté du 13 juillet 2009](#) relatif à la codification du chapitre 1^{er} du titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

– Caisse des français de l'étranger- action sanitaire et sociale – budget – article [L.766-4-1](#) du code de la sécurité sociale (J.O. du 31 juillet 2009) :

[Arrêté du 20 juillet 2009](#) fixant pour les exercices 2008 et 2009 les recettes du budget de l'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français à l'étranger finançant l'action visée eu 2° de l'article L.766-4-1 du code de la sécurité sociale.

– Spécialité pharmaceutique – prestation d'hospitalisation – prise en charge – articles [L. 162-22-7](#) et [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale – [arrêté du 2 mars 2005](#) (J.O. des 21 et 28 juillet 2009) :

Arrêtés [n°41](#) du 15 juillet 2009 et [n°11](#) du 21 juillet 2009, pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat en application de l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

– Spécialité pharmaceutique – prestation d'hospitalisation – prise en charge – articles [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale (J.O. des 17 et 28 juillet 2009) :

Arrêtés [n° 26](#) du 13 juillet 2009 et [n° 10](#) du 21 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

– Aide médicale d'Etat – bénéfice – admission (J.O. du 28 juillet 2009) :

[Arrêté du 10 juillet 2009](#) relatif au titre d'admission au bénéfice de l'aide médicale d'Etat.

– **Spécialité pharmaceutique – assuré social – taux de participation – Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM)** (J.O. des 21, 23, 24 et 29 juillet 2009) :

Avis [n° 96](#) et [n°98](#) du 21 juillet 2009, [n°117](#) du 23 juillet 2009, [n°72](#) du 24 juillet 2009 et [n°123](#) du 29 juillet 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs 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.

– **Cotisation – réduction – exonération – articles [L.133-4-2](#) et [L.242-1-1](#) du Code de la sécurité sociale – article [L.741-10-1](#) du Code rural** (B.O. Santé – Protection sociale – Solidarités n° 2009/6 du 15 juillet 2009, p. 329) :

[Circulaire interministérielle DSS/5C/SG/SAFSL/SDTPS/BACS n° 2009-124 du 15 mai 2009](#) relative à la mise en œuvre de l’annulation des réductions et exonérations de cotisations (art. L.133-4-2 du Code de la sécurité sociale), et de l’interdiction de réduire les taux ou de minorer l’assiette des cotisations (art. L.741-10-1 du Code rural et L.242-1-1 du Code de la sécurité sociale) en cas de travail dissimulé.

– **Médecine libérale – assurance maladie – [convention du 12 janvier 2005](#)** (J.O. du 3 juillet 2009) :

Avenants [n°29](#) et [n°30](#) à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie signée le 12 janvier 2005. Ces avenants portent respectivement instauration d’un comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et création d’un comité du fonds des actions conventionnelles.

Jurisprudence :

– **Soin – prise en charge – Caisse primaire d’assurance maladie (CPAM) – articles [R. 165-1](#) et [R.332-3](#) du Code de la sécurité sociale – Union européenne** (Cass. Civ., 2^{ème}, 9 avril 2009, [n° 08-12170](#)) :

M. X. et son épouse ont exposé des frais d’optique lors d’un séjour en Belgique. A leur retour en France, ils ont sollicité le remboursement de ces prestations à la caisse primaire d’assurance maladie de Dieppe. La caisse ayant rejeté sa demande, M. X. a alors saisi la juridiction de la sécurité sociale. Le tribunal a fait droit à sa demande, arguant que la position de la caisse portait « *atteinte à la libre prestation de service en exigeant une prescription médicale* » alors qu’elle ne faisait état ni « *d’un risque pour l’équilibre financier du système de sécurité sociale, ni de motifs tirés de la protection de la santé publique.* » La Cour de cassation casse ce jugement aux vises des articles R.165-1

et R.332-3 du Code de la sécurité sociale. En « *assimilant à tort la nécessité d'une prescription médicale à des conditions administratives de prise en charge des soins* », la juridiction de sécurité sociale a violé les textes précités. Ces textes prévoient en effet que les soins dispensés aux assurés sociaux dans un autre Etat membre de l'Union européenne, notamment les frais d'optique, doivent être remboursés dans les mêmes conditions que s'ils avaient été reçus en France.

– **Indemnité journalière - versement indu - dette de la succession - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - article [L.323-4](#) du Code de la sécurité** (Cass. Civ., 2^{ème}, 9 avril 2009, [n°08-12873](#)) :

La caisse primaire d'assurance maladie de Paris réclame à Mme X. le remboursement des indemnités journalières versées par erreur en 2002 à sa mère, décédée en août 2003. Dans cette optique, la caisse a saisi d'une demande en paiement la juridiction de sécurité sociale. Par jugement du 15 janvier 2008, le tribunal a débouté la caisse de sa demande, au motif que la créance de cette dernière ne faisait pas partie de la succession et que Mme X n'avait pas hérité ce passif de sa mère: les indemnités journalières ayant pour finalité de suppléer le manque à gagner de l'assurée, elles sont en conséquence « *strictement personnelles* ». La caisse a alors formé un pourvoi contre ce jugement, lequel a été accueilli par la Cour de cassation. Au visa notamment de l'article L.323-4 du Code de la sécurité sociale, la Haute juridiction estime que les indemnités journalières indûment versées à un assuré constituent une dette de la succession de ce dernier.

– **Accident du travail - décision de prise en charge - opposabilité - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - article [R.441-11](#) du Code de la sécurité** (Cass. Civ., 2^{ème}, 25 juin 2009, [n°08-15469](#)) :

La caisse primaire d'assurance maladie de Dunkerque a décidé de prendre en charge l'affection déclarée en décembre 2002 par M. X. au titre des maladies professionnelles. Celui-ci a saisi la juridiction de sécurité sociale d'une demande d'indemnisation complémentaire en raison de la faute inexcusable commise par son employeur. La société qui l'employait a alors sollicité l'inopposabilité de la décision de prise en charge. La Cour d'appel de Douai a retenu le caractère opposable de la décision à la société, le fait que la caisse ait pris sa décision le dernier jour du délai accordé à l'employeur pour formuler ses observations n'étant pas de nature à justifier une inopposabilité. La Cour de cassation casse cet arrêt, concluant à une violation de l'article R.441-11 du Code de sécurité sociale, article qui oblige la caisse à attendre l'expiration dudit délai avant de prendre sa décision à l'égard de la victime.

– **Frais de transport - prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - articles [R.322-10](#), [R.322-10-2](#) et [R.322-10-4](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 25 juin 2009, [n°08-15223](#)) :

Le 2 juin 2007, Mme X. a exposé des frais de transport pour se rendre du centre hospitalier de Lille à son domicile. Dans cette hypothèse, en vertu des articles R.322-10, R.322-10-2 et R.322-10-4 du Code de la sécurité sociale, la prise en charge desdits frais est conditionnée à l'accord préalable de la caisse primaire d'assurance maladie, sauf cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur. Faute d'accord préalable, la caisse de Rouen a refusé de prendre en charge les frais de transport. A la suite du rejet du recours formé auprès de la commission de recours amiable, Mme X. a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de Rouen, lequel a accueilli sa demande. La Cour de cassation casse ce jugement, au motif que la prescription médicale ne faisait pas état d'une urgence et que la caisse n'avait pas donné son accord préalable.

– **Soin infirmier - cotation - acte de soin infirmier (AIS) - cumul - prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - [article 11 du chapitre 1^{er} et article 5 bis du chapitre 2 du Titre XVI de la deuxième partie de la Nomenclature générale des actes des professionnels](#)** (Cass. Civ., 2ème, 9 juillet 2009, [n° 08-16873](#)) :

M. X. et Mme Y., infirmiers libéraux, ont dispensé tous les jours à domicile à Mme Z., assurée sociale, des soins de surveillance et d'observation d'un patient diabétique traité par insuline et une injection sous cutanée d'insuline ainsi que des soins d'hygiène, de prévention et de surveillance. La caisse primaire d'assurance maladie de la Manche, considérant que la cotation forfaitaire AIS prévue pour une séance de soins infirmiers incluait l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisé au cours de la séance, a réclamé le remboursement d'une somme indue aux infirmiers. Le tribunal des affaires de sécurité sociale, statuant en dernier ressort, a annulé les notifications d'indus réclamées aux intéressés, retenant la possibilité d'un cumul entre les cotations des actes « *surveillances et observation d'un patient diabétique insulino traité* » et « *injection sous-cutanée d'insuline* », par une interprétation a contrario des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels. La Cour de Cassation casse ce jugement pour violation des textes mentionnés au visa de l'article 11 du chapitre 1^{er} et de l'article 5 bis du chapitre 2 du Titre XVI de la deuxième partie de la Nomenclature générale des actes des professionnels. Elle décide que les soins de surveillance et d'observation étaient compris dans la cotation forfaitaire facturée pour la séance de soins infirmiers cotée AIS 3, le cumul n'était donc pas possible. Elle énonce en effet, dans un attendu de principe, que la séance de soins infirmiers cotée AIS 3 comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et que la cotation forfaitaire par séance inclut de ce fait l'ensemble de actes relevant de la compétence de l'infirmier et réalisés au cours de ladite séance.

– **Remboursement - matérialité des actes - preuve - nomenclature générale des actes professionnels - [articles L. 133-4, L. 162-1-7 et R.162-52](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2ème, 9 juillet 2009, [n°08-10170](#)) :

La caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne a réclamé à M.X., psychiatre, le remboursement de la somme de 9 050,06 euros au titre d'actes non conformes à la nomenclature générale des actes professionnels et d'actes dont la matérialité n'a pas été démontrée lors du contrôle réalisé par la caisse en mars 2002. M. X. a saisi le tribunal des affaires de la sécurité sociale. La cour d'appel de Paris, par un arrêt en date du 8 novembre 2007, a déclaré la caisse fondée seulement à demander le remboursement de l'indu pour les honoraires de surveillance et pour les honoraires de prise en charge des épisodes de décompensation psychiques côtés CNPSY. Elle l'a déboutée du reste de ses demandes. M.X. s'est alors pourvu en cassation en invoquant différents moyens. Le premier moyen portait sur le remboursement accordé à la caisse pour les honoraires de surveillance des patients. La cour de cassation énonce que l'article 20 de la nomenclature générale des actes des professionnels n'instaure pas de présomption de réalisation de l'acte de surveillance, et approuve la Cour d'appel d'avoir décidé que la cotation n'était due que pour les actes dont l'accomplissement est justifié. La Cour énonce ensuite qu'à défaut de preuve écrite des actes, il n'est pas possible d'en établir la preuve de leur accomplissement. De ce fait la caisse était parfaitement en mesure d'établir la nature et le montant de l'indu dont elle réclamait le remboursement. En revanche, la Cour de cassation censure l'arrêt sur le fondement du moyen incident de la caisse, au visa des articles L. 133-4, L. 162-1-7 et R.162-52 du Code de la sécurité sociale, et des articles 2 et 15 de la nomenclature générale des actes professionnels annexée à l'arrêté du 27 mars 1972. La Cour fonde sa décision sur quatre dossiers médicaux, alors que vingt deux patients étaient concernés et conclut au respect total de ses obligations par M.X. alors que la preuve n'est que partielle. La Cour de cassation censure cet arrêt qui a statué par des considérations d'ordre général alors que la Cour aurait du rechercher pour chaque patient si M.X. avait réellement procédé à un examen de sortie, notamment pour les patients dont le dossier médical n'est pas produit.

Doctrine :

– Tiers payeurs - recours subrogatoire - [loi du 21 décembre 2006](#) - rente - **accident du travail - article [L.431-1](#) du Code de la sécurité sociale** (Note sous Cass. Civ., 2^{ème}, 11 juin 2009, [n° 07-21768](#), [n° 08-17581](#), [n° 08-16089](#), [n° 07-21816](#) et [n° 08-11853](#), Cass. Crim. 19 mai 2009, [n°08-84261](#), [n°08-84896](#), [n°08-83987](#)) (Gazette du Palais, 8-9/07/2009, p.3) :

Note d'A. Boyer relative aux arrêts de la Cour de cassation en date du 19 mai 2009 et du 11 juin 2009. L'auteur revient sur le revirement de jurisprudence opéré par ces différents arrêts. Cette note analyse au préalable l'avis de la Haute juridiction en date du 29 octobre 2007, lequel rappelait que conformément à la loi du 21 décembre 2006 « *les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel (...)* », à moins d'apporter la preuve que la prestation avait

indemnisé « *effectivement et préalablement* » un poste de préjudice à caractère personnel. Dans les arrêts commentés, la Haute juridiction revient sur sa position antérieure, en jugeant que « *la rente accident du travail indemnise d'une part les pertes de gains professionnels et une incidence professionnelle de l'incapacité et, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent (...)* » Ce faisant, la Cour de cassation autorise les tiers payeurs à exercer leur recours sur un poste de préjudice autrefois exclu du champ de leur action. C'est ce que critique l'auteur, affirmant que la Cour « *déforme purement et simplement le sens des dispositions du Code de la sécurité sociale* », et notamment la définition de la rente accident du travail donnée à l'article L.431-1 dudit code. En constatant que les Hauts magistrats raisonnent « *comme si les éléments physiologiques et professionnels étaient additionnés dans la rente accident du travail* », l'auteur conclut avec inquiétude que l'exigence de preuve imposée aux tiers payeurs est « *balayée* » par la Cour de cassation.

– **Protection de la santé - bilan** (Revue hospitalière de France, n°528, mai - juin 2009, p. 52) :

Article de A. Catrice-Lorey et de M. Steffen intitulé « *Protection - santé en France : bilan 2007-2008 / Première partie : un système généreux et non régulé* ». Cet article, publié en deux parties, est extrait de l'ouvrage « *Où va la protection sociale ?* » coordonné par Anne-Marie Guillemard. Dans cette première partie, les auteurs reviennent sur les multiples réformes que connaissent les régimes de protection santé en France. Ils rappellent les différentes critiques adressées au système de santé, analysent la portée des changements engagés au niveau du financement, de l'accès aux soins et de la gouvernance. Il ressort de cette étude « *une inadéquation entre le modèle institutionnel et la réalité du système des acteurs* », qui expliquerait « *la singularité du modèle français et sa faible capacité de régulation.* »

Divers :

– **Sécurité sociale - finances publiques - dépenses de santé** (www.senat.fr) :

[Rapport d'information](#) fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'état des comptes de la sécurité sociale en vue de la tenue d'un débat d'orientation des finances publiques pour 2010 par Monsieur Alain Vasselle. Pour 2008, le sénateur constate que la branche maladie a poursuivi son redressement, mais dans des proportions beaucoup plus réduites que les années précédentes, le déficit passant de 4,6 à 4,4 milliards d'euros. Il constate également que les dépenses de soins de ville ont ralenti (+ 2,5 %) par rapport à 2007 (+ 4,4 %), en grande partie du fait du dispositif de franchises mis en place en janvier 2008. Les dépenses afférentes aux établissements de santé ont quant à elles connu une accélération certaine (+ 3,9 % contre + 3 % en 2007), probablement due à l'instauration d'une tarification à l'activité. Pour 2009, le sénateur constate que « *la récession très profonde que connaît la*

France depuis quelques mois est venue anéantir l'ensemble des prévisions relatives aux résultats des comptes du régime général pour cette année. » Il fait part de ses inquiétudes quant à l'extinction de la dette sociale. Concernant la branche maladie, le rapport préconise notamment « de poursuivre une action particulièrement volontariste pour maîtriser les dépenses de santé. »

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'École 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 31/07/2009.

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.