



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°85 : Période du 16 au 31 octobre 2009

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	13
3. Professionnels de santé.....	20
4. Etablissements de santé	26
5. Politiques et structures médico-sociales	29
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	31
7. Santé environnementale et santé au travail.....	38
8. Santé animale	54
9. Protection sociale contre la maladie	57

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation européenne :

– **Santé publique - protection des consommateurs - groupe de dialogue - [décision 2007/602/CE](#)** (J.O.U.E. du 24 octobre 2009) :

[Décision de la Commission 2009/783/CE du 22 octobre 2009](#) portant nomination des membres du groupe de dialogue des parties intéressées dans les domaines de la santé publique et de la protection des consommateurs institué par la décision 2007/602/CE

– **Santé - solidarité - égalité - Union Européenne (UE)** (www.ec.europa.eu):

[Communication de la Commission du 20 octobre 2009](#) au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions relative à la solidarité en matière de santé et à la réduction des inégalités en matière de santé dans l'Union européenne.

Législation interne :

– **Grippe A(H1N1) - vaccination - donnée à caractère personnel** (J.O. du 23 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1273 du 22 octobre 2009](#) autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion et au suivi des vaccinations contre la grippe A(H1N1).

– **Grippe A(H1N1) - vaccination - campagne - crédit** (J.O. du 22 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1267 du 21 octobre 2009](#) portant ouverture et annulation de crédits. Ce décret affecte 15 millions d'euros à l'organisation de la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1).

– **Administration pénitentiaire - formation aux premiers recours - habilitation** (J.O. du 29 octobre 2009) :

[Arrêté du 16 octobre 2009](#) pris par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des

collectivités territoriales, portant habilitation de la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la justice des libertés pour les formations aux premiers secours.

– **Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) - contrôle économique - contrôle financier - groupement d'intérêt public (GIP)** - (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Arrêté du 23 octobre 2009](#) pris par la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, portant désignation de la mission « Agences régionales de l'hospitalisation » du service du contrôle général économique et financier pour exercer le contrôle économique et financier de l'Etat sur le groupement d'intérêt public « Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ».

– **Programme national nutrition santé - articles [L.1411-6](#) et [L.1417-1](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 23 octobre 2009) :

[Arrêté du 15 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports, fixant les conditions d'utilisation de la marque « Programme national nutrition santé », conformément aux articles L.1411-6 et L.1417-1 du Code de la santé publique

– **Agrément - organisme - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (J.O. du 27 octobre 2009) :

Décisions [n° 23](#) et [n° 24](#) du 4 février 2009 prises par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé portant agrément d'un organisme chargé du contrôle de qualité externe des scanographes.

– **Produit de tatouage - risque - évaluation - expert - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (B.O. santé - Protection sociale - Solidarités, n° 2009/9 du 15 octobre 2009, p. 27) :

[Décision n° 2009-188 du 21 août 2009](#) prise par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé modifiant la décision DG n° 2005-93 du 25 mai 2005 portant création d'un groupe d'experts sur l'évaluation des risques des produits de tatouage à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

– **Haute Autorité de santé (HAS) - organisation générale** (B.O. santé - Protection sociale - Solidarités, n° 2009/9 du 15 octobre 2009, p. 31) :

[Décision n° 2009-09-065/MJ du 2 septembre 2009](#) prise par le président de la Haute Autorité de santé portant modification de la décision d'organisation générale de la HAS.

– **Secours à la personne - aide médicale urgente - urgence préhospitalière - arrêté du 24 avril 2009 - arrêté du 5 mai 2009** (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Circulaire du 14 octobre 2009](#) prise par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et la ministre de la santé et des sports relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière.

– **Grippe A(H1N1) - vaccination - circulaire du 21 août 2009 - organisation territoriale** (www.sante-sports.gouv.fr) :

[Circulaire n° IOCK0925270C du 28 octobre 2009](#) prise par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et par la ministre de la santé et des sports relative à l'organisation de la campagne de vaccination contre le virus A(H1N1). Cette circulaire vient compléter celle parue le 21 août 2009, notamment au regard de l'organisation territoriale de la campagne de vaccination.

– **Grippe A(H1N1) - vaccination - traitement de données - Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)** (J.O. du 23 octobre 2009) :

[Délibération n°2009-569 du 1^{er} octobre 2009](#) prise par la CNIL portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat relatif à la création d'un traitement de données relatif à la gestion et au suivi des vaccinations contre la grippe A(H1N1).

Doctrine :

– **Donnée personnelle - plan de continuité d'activité (PCA) - instance représentative du personnel (IRP) - Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) - circulaire DGT 2009-16 du 3 juillet 2009 - circulaire B9 n° BCFF0919655C du 26 août 2009** (Gazette du Palais, 21-22 octobre 2009, p. 9) :

Article de I. Pottier intitulé : « *Le traitement des données personnelles dans le cadre des plans de continuité d'activité en période de pandémie grippale* ». Dans cette étude, l'auteur étudie certaines obligations imposées aux employeurs dans le cadre de l'élaboration

d'un PCA par deux circulaires en date du 3 juillet 2009 et du 26 août 2009, parmi lesquelles la consultation préalable des IRP et l'information des salariés sur les traitements de données à caractère personnelles. En premier lieu, l'étude rappelle que « *l'élaboration d'un PCA se fait sous la responsabilité du chef d'entreprise (...) et passe par la consultation des IRP* ». En outre, elle précise qu'une fois le PCA construit, le chef d'entreprise reste soumis à diverses obligations, parmi lesquelles actualiser le règlement intérieur ou encore prévoir les mesures de prévention et de protection adéquates. En second lieu, l'étude s'attarde sur l'information des salariés lorsque des données personnelles sont traitées. L'auteur rappelle que les entreprises peuvent être amenées à recenser certaines données, telles que les coordonnées personnelles des salariés, et qu'elles doivent à ce titre informer les salariés des finalités du recueil. Elle revient sur les recommandations émises par la Cnil le 11 août 2009 à ce sujet et rappelle que depuis septembre 2009, « *la Cnil dispense de déclaration les traitements de données à caractère personnel élaborés dans le cadre de plans de continuité d'activité relatifs à une pandémie grippale mis en œuvre par des employeurs publics et privés* ».

– **Télé médecine - dossier médical personnel (DMP) - dossier pharmaceutique (DP) - [loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) - [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST) - articles [L.1111-8](#) et [L.6316-1](#) du code de la santé publique - Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) (Gazette du Palais, 21-22 octobre 2009, p. 5) :**

Article de J.-F. Forgeron, A.-L. Bénéat et A. Bensoussan intitulé : « *De la santé électronique à l'hôpital numérique* ». Dans cette étude, les auteurs notent que « *la problématique juridique posée par l'hébergement des données de santé est (...) doublement encadrée par le droit de la santé et le droit de la protection des données personnelles* ». Par ailleurs, évoquant « *les multiples obstacles* » suscités par la mise en oeuvre du DMP, les auteurs rappellent que ce dernier, désormais placé sous l'égide de l'ASIP Santé, « *devra être instauré dans le respect du secret médical* ». Tout comme le dossier pharmaceutique, dont la généralisation n'a pas « *engendré de difficultés particulières* », le DMP est depuis la loi HPST codifié dans le Code de la santé publique. En dernier lieu, la télémédecine est envisagée. Qualifiant cette dernière d'« *incontestable progrès en matière de dispensation des soins* », les auteurs reviennent sur la consécration récente de cette pratique par la loi HPST, qui introduit un article L. 6316-1 dans le Code de la santé publique.

– **[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST) - gouvernance - coopération - prévention - agence régionale de santé (ARS) - médico-social (R.D.S.S., n°5, septembre-octobre 2009, p. 787) :**

La Revue de Droit Sanitaire et Social publie un dossier spécial intitulé : « *La loi "Hôpital, patients, santé et territoires"* ». Ce dossier contient les articles suivants :

- « *La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé : l'aboutissement d'une longue mutation ?* », de M. Dupont ;
- « *Les formes nouvelles de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation* » de C. Bergoignan-Esper ;
- « *La loi HPST et l'accès aux soins* », de J. Moret-Bailly ;
- « *Prévention et santé publique dans la loi HPST* », de D. Cristol ;
- « *Le nouveau pilotage régional du système de santé par les agences régionales de santé* » de B. de Lard et H. Tanguy ;
- « *La loi HPST et les établissements et services sociaux et médico-sociaux* » de R. Lafore.

- **Expert - santé publique - politique - relation** (Nervure, Journal de psychiatrie, n°4, tome XXII, septembre 2009) :

Article de D. Tabuteau intitulé : « *L'expert et les politiques de santé publique* ». Après avoir constaté que « *le terrain d'action de l'expert paraît s'étendre continûment* » et que « *la santé en est sans doute le domaine le plus topique* », l'auteur s'interroge sur la place de l'expert dans les politiques de santé publique et constate que « *la médecine présente (...) les caractéristiques d'un domaine appelant l'expertise* » et analyse les conséquences d'un tel constat, à savoir les « *relations ambiguës entre l'expert et le pouvoir* ». L'auteur constate que l'influence de l'expertise n'est pas de même intensité selon le domaine concerné. Ainsi, il remarque que cette influence est « *beaucoup plus modeste sur les programmes de santé publique visant à réduire les risques de longs termes ou les risques socialement tolérés* ». Il va même jusqu'à constater une véritable impuissance des experts dans les situations de grandes incertitudes scientifiques. Cette « *promotion* » du rôle de l'expert le confronte néanmoins à de nouveaux risques : un risque d'échec, qui discrédite tant l'expert que le décideur et un risque de conflits d'intérêts, financiers ou non, qui biaiseront « *l'avis scientifique rendu et la décision sanitaire qui en procède* ». L'extension de ses pouvoirs le soumet à certaines critiques, parmi lesquelles un « *reproche du réductionnisme* ». Les grilles d'analyse définies dans certains domaines pouvant s'apparenter à de véritables normes, il est reproché à l'expertise son « *incapacité à épouser la multiplicité des situations individuelles* » et il est conseillé à cette dernière de « *se contenir dans son rôle d'aide à la décision et de ne pas empiéter (...) sur le champ du décideur* ». L'analyse de l'évolution du rôle de l'expert conduit l'auteur à le qualifier de « *levier de l'action publique* ». A ce titre, il examine la position de « *l'expert dissident* », qui s'inscrit dans une « *démarche de dissidence par rapport aux institutions et en appelle à l'opinion publique* », et celui de « *l'expert médiatisé* », qui « *porte un message de santé publique qu'il cherche à faire partager par la collectivité (...)* ». En conclusion, l'auteur constate que l'extension du champ d'intervention du pouvoir politique a « *profondément affecté* » la relation entre expert et décideur.

- **Etat de santé - accès aux soins - immigré** (Questions d'économie de la santé, n°146, septembre 2009) (www.irdes.fr) :

[Etude](#) de P. Dourgnon, F. Jusot, C. Sermet et J. Silva intitulé : « *Le recours aux soins de ville des immigrés en France* ». L'article souligne que les immigrés ont un taux de recours à la médecine de ville inférieur au reste de la population française, principalement en raison de leur situation sociale défavorisée et non en raison de leur état de santé. Le recours au médecin généraliste est peu fréquent. Il l'est encore moins lorsqu'il est question de consulter un spécialiste. Les auteurs constatent des disparités selon les régions d'origine : les personnes originaires du Moyen-Orient ou de l'Asie consultent encore moins que les personnes originaires d'Europe centrale ou d'Europe du sud. Ils relèvent cependant que le constat doit être contrasté pour les soins préventifs : les populations immigrées sont très souvent mieux vaccinées que les personnes nées en France mais recourent moins souvent aux tests de dépistage.

– [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires \(HPST\) - population rurale - Agence Régionale de Santé \(ARS\) - accès aux soins](#) (Revue Droit rural n° 376, octobre 2009, comm. 152) :

Notes de T. Tauran intitulée : « *Les conséquences de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour la population rurale* ». L'auteur rappelle que la loi HPST a des conséquences indirectes sur l'accès aux soins de la population rurale notamment au travers des dispositions relatives aux ARS. Ces agences auront en effet comme interlocuteur direct les caisses de Mutualité sociale agricole, qui gèrent la couverture sociale des agriculteurs. L'auteur évoque également le fait que la loi HPST tend à lutter contre la désertification médicale, notamment avec les contrats d'engagement de service public auxquels peuvent souscrire les étudiants en médecine. Au cours de la dernière année de leurs études, les internes ayant signé un tel contrat pourront choisir leur futur lieu d'exercice sur une liste de lieux où l'offre de soins est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée, en priorité dans les zones de revitalisation rurale.

– [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires \(HPST\) - éducation thérapeutique - patient](#) ([Bulletin du Conseil national des médecins](#), n° 7, septembre - octobre 2009) :

[Dossier](#) réalisé par A. Chabrol intitulé : « *Education thérapeutique : vers des patients acteurs de leur santé* ». L'auteur revient sur les changements induits par l'adoption de la loi HPST. Il est ainsi relevé que l'éducation thérapeutique du patient fait désormais partie intégrante de la prise en charge du patient. Cependant, il est rappelé que l'idée d'éducation thérapeutique n'est pas nouvelle mais nécessitait jusque là un « *changement de posture intellectuelle* ». Ainsi, l'auteur incite les médecins à mieux se former, car le développement de l'éducation thérapeutique du patient est « *inéluçtable* ».

– **Tarification à l'activité (T2A) - version 11 (V11) - groupement homogène de malade (GHM) - diagnosis related group (DRG)** (Revue hospitalière de France, n° 530, septembre - octobre 200, p.48) :

Article de M. Mendelsohn, J.-C. Moisdon et C. Grelou intitulé : « *V11 des groupes homogènes de malades : une troisième étape d'adaptation à la T2A* ». Les auteurs soulignent que la V11, en tant que troisième étape d'adaptation des GHM à la T2A, modifie en profondeur la description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Les auteurs reviennent dans un premier temps sur les classifications médico-économiques en France et aux USA. Ils décrivent ensuite les apports de la V11. Il s'agit principalement de l'amélioration de la classification des DRG. Les auteurs proposent ensuite un état des lieux de la V11 en 2009, estimant qu'elle n'a aujourd'hui que des effets très limités sur les revenus des établissements de santé. Enfin, une vision sur « *la V11 de demain* » est proposée. Les auteurs estiment que celle-ci permettra une répartition plus juste des moyens consacrés à l'hospitalisation. De surcroît, les auteurs estiment que l'avantage principal de la V11 réside dans la marge d'évolution qu'elle comporte.

– **Santé publique - financement - mutualisation** (Les tribunes de la santé - Sève, automne 2009, n° 24) :

La revue trimestrielle Les tribunes de la santé - Sève publie un dossier thématique intitulé : « *Les "autres" financements de la santé* ». Ce dossier comporte les articles suivants :

- « *Le financement de la "perte d'autonomie"* » de D. Piveteau ;
- « *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et ses mécanismes de financement* » de D. Martin ;
- « *La garantie des accidents de la vie* » de A. Renaudin ;
- « *Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé* » de M. Matallah ;
- « *Le financement des associations de patients* » de S. Blanchard ;
- « *Une histoire de familles* » de B. Barataud.

Divers :

– **Plan « autisme 2008-2010 » - trouble envahissant du développement (TED) - Haute autorité de santé (HAS) - question écrite n° 08460** (www.senat.fr) :

[Réponse](#) du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville du 15 octobre 2009 à une question relative aux difficultés liées à la prise en charge précoce de l'autisme chez l'enfant. Le ministre précise qu'une meilleure reconnaissance de la spécificité de l'autisme et des TED est un des enjeux majeurs du plan « autisme 2008-2010 ». Ce plan, qui tend à mieux envisager les réponses à donner à ces besoins très particuliers, repose sur trois axes : mieux connaître pour

mieux former, mieux repérer pour mieux accompagner et diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux de la personne. Le ministre rappelle également qu'une mission d'élaboration du corpus de connaissances sur l'autisme confiée à la HAS rendra ses propositions à l'automne 2009 et que les enseignants recevront un guide spécifique sur l'intégration des enfants autistes afin d'améliorer leur accueil en milieu scolaire.

– **Tabac - maternité - exposition in utero - [question écrite n° 0594S](#)** (www.senat.fr) :

[Réponse](#) de la ministre de la santé et des sports du 14 octobre 2009 à une question relative aux effets néfastes du tabagisme pendant la grossesse. La question relevait qu'un enfant sur cinq est encore exposé in utero au tabagisme de sa mère et proposait de diriger les femmes enceintes vers des consultations d'arrêt du tabac et de prévoir la rédaction d'un rapport annuel sur les progrès réalisés. La ministre de la santé rappelle que les pouvoirs publics ont mis en œuvre un plan de lutte depuis 2004 ainsi qu'un dispositif « *maternité sans tabac* ». Elle propose que le coût des traitements de l'arrêt du tabac soit pris en charge au-delà du forfait proposé par l'assurance maladie.

– **Parcours de soins coordonnés - médecin spécialiste - médecin traitant - accès aux soins - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** (www.sante.gouv.fr) :

[Enquête](#) de la DREES réalisée fin 2007 et publiée en octobre 2009, intitulée : « *Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions* ». Il s'agit d'une enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville. Cette étude révèle qu'une grande majorité des patients consultent leur médecin traitant avant d'avoir recours à un spécialiste, alors même que près de la moitié n'en comprennent pas l'utilité. Ce parcours de soins est illustré par une série de graphiques. L'enquête relève enfin que le dispositif du parcours de soins coordonné a rendu plus difficile, selon les professionnels de santé, l'accès aux praticiens spécialistes.

– **Maladie infectieuse - épidémiologie - Europe - vaccin - antibiotique - European center for disease prevention and contrôle (ECDC)** (www.ecdc.europa.eu) :

[Rapport](#) de surveillance annuel de l'ECDC paru le 12 octobre 2009 et intitulé : « *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe* ». Ce rapport revient sur la situation épidémiologique de quarante-sept maladies. Il est principalement axé sur les maladies pour lesquelles existe un vaccin et étudie l'impact de la vaccination sur la santé publique européenne. En outre, le rapport alerte les Etats européens sur la nécessité de continuer la lutte contre les maladies infectieuses, en raison notamment du développement des résistances aux antibiotiques.

– **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - dépistage - diagnostic - Agence national de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) - Institut national de veille sanitaire (InVS)** (www.invs.sante.fr) :

Etude de l'ANRS et de l'InVS parue le 16 octobre 2009 et intitulée : « *Opportunités manquées de dépistage et de diagnostic des patients infectés par le VIH* ». Cette étude rappelle que la France pratique peu le dépistage de l'infection VIH. Ceci entraîne des retards de diagnostic. Par conséquent, les patients n'accèdent aux soins qu'à un stade avancé de la maladie. Cette étude a pour but d'évaluer la fréquence des opportunités manquées de dépistage et de diagnostic du VIH afin de déterminer les facteurs associés. Ainsi, l'étude analyse le parcours des soins des patients, ainsi que leurs antécédents médicaux et les structures de soins fréquentées.

– **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - infection - dépistage - recommandation - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Recommandations de la HAS relatives au « *dépistage de l'infection par le VIH en France* ». La HAS souligne la persistance d'un retard au dépistage du VIH et remarque que l'épidémie d'infection par le VIH continue d'atteindre plus particulièrement certains groupes de la population qui ne se considèrent pas comme « à risque ». C'est pourquoi la HAS recommande une stratégie de dépistage du VIH en deux volets. L'un répond à l'objectif d'améliorer la détection précoce de l'infection par le VIH et de réduire le retard au dépistage. Il consiste en la proposition du test de dépistage à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans, ce dispositif reposant sur la mobilisation active des médecins généralistes et autres acteurs de santé. L'autre tient compte de la persistance de groupes de population plus particulièrement affectés. Il consiste en la proposition ciblée et régulière du test de dépistage de l'infection par le VIH pour certaines populations (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des derniers 12 mois, usagers de drogues injectables, personnes originaires d'une zone de haute prévalence, personnes en situation de prostitution, personnes dont les partenaires sexuels sont porteurs du VIH). La HAS considère en outre que le recours volontaire au dépistage doit être encouragé et facilité.

– **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - indice - Union européenne (UE)** (www.healthpowerhouse.com) :

Rapport publié le 23 octobre 2009 par le Health Consumer Powerhouse, intitulé : « *The Euro HIV Index 2009 - a reality check of public policy and best practices in 29 countries* ». Selon cette étude, le nombre de personnes vivant avec le SIDA augmente dans les pays membres de l'UE. En effet, à la fin 2007, leur nombre en Europe est estimé à environ 800.000, soit une progression de 8% sur une estimation faite l'année

précédente. Ce rapport établit un premier indice européen concernant les stratégies et les pratiques associées au VIH et ce, à travers 28 indicateurs groupés en quatre domaines clés : implication et droits, accès, prévention et résultats. Cet indice a permis d'établir un classement de 29 états, plaçant le Luxembourg à la première place et la France à la 12^{ème} place. Les points faibles de la France concernent principalement la situation dans les prisons et le manque de moyens mis en œuvre pour réduire la propagation de la maladie.

– **Projet de décret - continuité des soins - médecine ambulatoire - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** (www.conseil-national.medecin.fr) :

Avis du CNOM sur le projet de décret relatif à la continuité des soins en médecine ambulatoire, paru le 25 septembre 2009. Sollicité par la Ministre de la Santé, le CNOM a émis un avis défavorable sur le projet présenté. En effet, le CNOM estime qu'il faut faire confiance aux médecins pour assurer la continuité des soins, faire apparaître que la réglementation ne remettra pas en cause les congés des praticiens et mettre en exergue le rôle de « *facilitateur* » que le conseil départemental doit jouer dans la continuité des soins.

– **Rougeole - épidémie - déclaration - foyer - transmission - diagnostic - Institut national de veille sanitaire (InVS)** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 20 octobre 2009, n°39-40) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire d'un numéro thématique intitulé « *Rougeole : données sur une épidémie en France et en Europe en 2008* » comportant notamment les articles suivants :

- « *Rougeole : mobilisons nous* » de D. Houssin ;
- « *La rougeole en France en 2008 : bilan de la déclaration obligatoire* » de I. Parent du Châtelet, D. Antona, D. Waku-Kouomou, F. Freymuth, C. Maine et D. Lévy-Bruhl ;
- « *Foyers de rougeole survenus entre janvier 2008 et avril 2009 en France : résultats d'une enquête auprès des Ddass et des Cire* » de J. Stoll, G. Dennetière, L. Collioud-Marichallot, L. Langely, D. Escourolle et I. Parent du Châtelet.

– **Allaitement maternel - Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Haute autorité de santé (HAS) - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)** (www.inpes.sante.fr) :

Guide de l'allaitement maternel élaboré par un groupe pluri professionnel composé de professionnels de santé, de membres d'associations et d'institutions œuvrant pour la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en France. Alors que l'OMS et la HAS recommandent un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois

de l'enfant, il apparaît que la durée de l'allaitement en France est en général très courte.

– **Grippe A(H1N1) - vaccination - hygiène - recommandation - Haut conseil de la santé publique (HCSP)** (www.hcsp.fr) :

[Avis](#) du 20 octobre 2009 pris par le HCSP, relatif aux mesures d'hygiène pour la réalisation de la vaccination antigrippale A(H1N1) présentée en flacon multidose. Le HCSP recommande de respecter plusieurs étapes pour réaliser le mélange vaccinal, tenant notamment au nettoyage des mains, à la désinfection des flacons et à la durée de conservation du mélange réalisé. Le HCSP émet ensuite une série de recommandations au sujet de l'injection du vaccin.

– **Accès aux soins - couverture maladie - aide médicale de l'Etat (AME) - couverture maladie universelle (CMU) - Médecins du monde** (www.medecinsdumonde.org) :

[Rapport](#) publié le 15 octobre 2009 par Médecins du monde, intitulé : « *Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde* ». Ce rapport présente le bilan 2008-2009 de médecins du Monde au regard des soins aux plus démunis. Il démontre qu'une partie de la population résidant en France rencontre toujours d'importantes difficultés pour accéder aux soins. De plus, les consultations sont de plus en plus tardives. En outre, le rapport relève que de nombreux patients font face à des difficultés administratives liées à l'accès aux droits et aux soins. Enfin, le rapport présente les quatre principales recommandations de médecins du monde. Il s'agit de mettre fin aux entraves à l'action humanitaire, d'instaurer un seul système de couverture maladie incluant l'AME dans la CMU, de régulariser les étrangers gravement malade, de renforcer le droit à l'information des patients eu égard au droit à la couverture maladie.

– **Vaccination - santé - Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** (www.who.int) :

[Rapport](#) de l'OMS intitulé : « *Vaccins et vaccinations : la situation dans le monde* ». Ce rapport établit qu'aujourd'hui le nombre de nourrissons vaccinés est particulièrement élevé, avec un record de 106 millions d'enfants en 2008. Parallèlement, le rapport décrit les lacunes de certains pays qui laisseraient des millions d'enfants exposés au risque de maladie, notamment dans les pays les plus pauvres où les maladies « évitables » font le plus de victimes. Le rapport observe que le marché mondial des vaccins rapporte plus de 17 milliards de dollars, qu'il existe désormais au moins 120 vaccins contre des maladies mortelles et que plus de 80 nouveaux produits ciblant plus d'une trentaine de maladies pour lesquelles il n'existe encore aucun vaccin sont parvenus à un stade avancé des essais cliniques.

– **Soin médical - consommation - région - Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)** (www.ameli.fr) :

Etude de la CNAM, rendue publique le 25 octobre 2009, intitulée : « *Recours aux soins médicaux : d'importantes différences selon les régions* ». L'enquête décrit les différences régionales de consommation médicale, s'agissant des soins de ville et des soins hospitaliers de court séjour. Il apparaît que les Français consomment plus de soins hospitaliers dans le Nord et l'Est que dans l'Ouest et le Centre. L'étude révèle une certaine corrélation entre la mortalité et le recours aux soins hospitaliers ; certaines régions en effet, telles que la Picardie ou le Nord Pas de Calais, ont à la fois les plus fortes consommations hospitalières et les taux de mortalité les plus élevés. Enfin, si l'étude met en avant l'ampleur des écarts de consommation médicale entre régions (20% pour l'hospitalisation, 40% pour les soins ambulatoires, 26% sur l'ensemble du recours aux soins), elle relève que ces écarts ne prennent pas en compte les différences de coûts et de tarifs hospitaliers pouvant exister.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Jurisprudence :

– **Grossesse - préjudice personnel - préjudice professionnel - indemnisation - loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 - Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales** (Cass. Civ., 2^{ème}, 15 octobre 2009, [n° 07-20129](#)) :

En l'espèce, Mme X. a accouché le 1er juin 1997 d'un enfant atteint d'un syndrome polymorphe très gravement invalidant. Une action contre les médecins ayant suivi la grossesse de la mère est engagée par M. et Mme. X. Par arrêt du 19 septembre 2002, la cour d'appel d'Aix-en Provence a pris acte de leur renonciation, du fait de la promulgation de la loi du 4 mars 2002, à réclamer l'indemnisation des préjudices personnels de leur enfant et de leurs préjudices matériels autres que professionnels. Devant la cour d'appel de renvoi, M. et Mme X. ont sollicité à nouveau la réparation des préjudices personnels de leur enfant et de leurs préjudices matériels autres que professionnels. Considérant, d'une part, que « *la disposition de l'arrêt de la cour d'Aix-en Provence donnant acte à M. et Mme X. de leur renonciation n'était pas revêtue de l'autorité de la chose jugée* », et d'autre part que « *cette renonciation procédait d'une erreur en ce que M. et Mme X. avaient cru devoir se soumettre aux dispositions de l'article 1er de la loi du 4 mars 2002, prévoyant son application immédiate aux instances en cours, qui a été ultérieurement déclarée contraire à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales par des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme* », la Cour de cassation décide que la cour d'appel a violé les textes susvisés et casse cet arrêt.

– **Amiante - état de santé - aggravation - offre d'indemnisation - calcul - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - [article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) - article 1382 du Code civil - réparation** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-14636](#) et [n° 08-14781](#)) :

Dans les deux espèces, M.X. et M.Y., victimes atteintes d'une maladie causée par l'amiante, contestent devant la cour d'appel l'offre d'indemnisation du FIVA. La Cour d'appel décide qu'en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime la nouvelle rente qui sera alors due devra être calculée proportionnellement à son nouveau taux d'incapacité. Ils se pourvoient alors en cassation. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel, au motif « *qu'en statuant ainsi, sur une aggravation de l'état de santé de la victime purement éventuelle et hypothétique* », la cour d'appel a violé l'article 1382 du code civil ainsi que l'article 53 IV de la loi du 23 décembre 2000.

– **Transfusion sanguine - Hépatite C - contamination - Etablissement français du sang (EFS) - [article 102 de Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) - charge de la preuve - responsabilité - réparation** (C.A.A. Nantes, 1^{er} octobre 2009, [n° 09NT00417](#)) :

En l'espèce, M.X. a subi le 13 janvier 1984 une amygdalectomie réalisée à la clinique S. à Cherbourg. A l'occasion d'une autre opération subie en juin 1996, l'examen sérologique pratiqué a révélé que ce dernier avait été contaminé par le virus de l'hépatite C. Saisi par les consorts X d'une demande tendant à la réparation de leurs préjudices, le Tribunal administratif de Caen a déclaré l'EFS responsable des conséquences dommageables résultant de la contamination de M. X par le virus de l'hépatite C. L'EFS interjette appel de ce jugement. La Cour administrative d'appel rappelle qu'aux termes de l'article 102 de la loi du 4 mars 2002, « *en cas de contestation relative à l'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C antérieure à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, le demandeur apporte des éléments qui permettent de présumer que cette contamination a pour origine une transfusion de produits sanguins labiles ou une injection de médicaments dérivés du sang* ». Elle relève en l'espèce qu'il résulte de l'instruction ainsi que de l'expertise que M.X. « *doit être regardé comme établissant avec un degré suffisant de vraisemblance qu'il a reçu une transfusion dans les suites de l'opération qu'il a subie le 13 janvier 1984* ». Par conséquent, elle rejette la requête de l'EFS.

– **Amiante - préjudice - indemnisation - calcul - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - [articles 29 et 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985](#) - [article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) - réparation** (Cass. civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, , [n° 08-18725](#), [n° 08-18726](#), [n° 08 -18845](#), [n° 08-18846](#), [n° 08-18847](#), et [n° 08-18848](#)) :

Dans plusieurs arrêts rendus par la 2^e Chambre civile de la Cour de cassation le 8 octobre 2009, des victimes atteintes d'une maladie causée par l'amiante ont présenté une demande d'indemnisation au FIVA qui leur a notifié une offre d'indemnisation. Dans toutes ces affaires, l'organisme de sécurité sociale de la victime a reconnu le

caractère professionnel de la maladie. Contestant le mode de calcul de leurs préjudices, les victimes ont engagé une action contre la décision du Fonds et sollicité la réévaluation de leur indemnisation. La cour d'appel, pour condamner le Fonds à payer une certaine somme à la victime et dire ne pas avoir lieu à déduire, de l'indemnité lui revenant au titre de son préjudice patrimonial, les montants des prestations servies par la caisse, retient que l'organisme social n'a pas été appelé en la cause par le Fonds, lequel ne peut pour le compte de celui-ci, tiers à la procédure, prétendre imputer le recouvrement des prestations et rentes servies par ledit organisme sur le préjudice réparant l'incapacité fonctionnelle dont la victime continue à souffrir. Au visa des articles 29 et 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et de l'article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000, la Cour de cassation casse et annule les arrêts de la Cour d'appel. En effet, la Haute juridiction estime « *qu'en statuant ainsi, par un motif inopérant, sans rechercher si la prestation servie par la caisse n'indemnisait pas le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision* ». En outre, la Cour rappelle que « *les prestations énumérées au premier de ces textes doivent être déduites, poste par poste, sur les seules indemnités versées par le Fonds réparant des préjudices qu'elles ont pris en charge et, pour les postes de préjudice personnel, à la condition qu'il soit établi que la prestation ait indemnisé, effectivement, préalablement et de manière incontestable un tel poste de préjudice ; que le Fonds n'est pas tenu de mettre l'organisme social en cause* ».

Doctrine :

– **Autorité parentale - mineur - soin - article [L. 1111-5](#) du Code de la santé publique** (Responsabilités, n° 35, septembre 2009, p. 21) :

Article de G. Decroix et S. Tamburini intitulé : « *Soins aux mineurs : difficultés majeures !* ». Les auteurs reviennent sur les dispositions relatives au consentement aux actes médicaux qui, par principe, appartient aux titulaires de l'autorité parentale, mais rappellent également que le mineur, quel que soit son âge, bénéficie d'une autonomie décisionnelle par le biais de l'article L. 1111-5 du Code de la santé publique. Selon eux, « *reconnaître au mineur une autonomie dans les choix concernant sa santé était sans nul doute une nécessité au regard de l'évolution des mœurs et du souhait toujours réaffirmé d'associer au maximum le patient à sa prise en charge thérapeutique* ».

– **Mineur - secret médical - autorité parentale - article [L. 1111-5](#) du Code de la santé publique - information médicale** (Responsabilités, n° 35, septembre 2009, p. 31) :

Article de F. Baumann intitulé : « *Comment dire non... à des parents demandant des informations sur la santé de leur enfant mineur ? Un secret bien difficile à garder* ». L'auteur souligne la difficulté soulevée par les situations dans lesquelles les mineurs souhaitent garder le secret de leur état de santé vis-à-vis des titulaires de l'autorité

parentale. Dans ces hypothèses, « le conflit « éthique » semble important. Deux valeurs essentielles peuvent s'opposer et rendre la recherche de la bonne décision bien difficile : le respect du secret professionnel [...] et le fait de ne pas perdre la confiance d'une personne ».

– **Embryon - produit défectueux - article [1386-1](#) du Code civil - responsabilité** (Responsabilités, n° 35, septembre 2009, p. 36) :

Article de T. Casagrande intitulé : « *L'embryon : un produit défectueux ?* ». L'auteur s'interroge sur le point de savoir s'il existe des similitudes entre un simple produit et un embryon. Plus précisément, « dans le cas où il ne répond pas aux caractéristiques attendues, un embryon peut-il être considéré comme défectueux » et ainsi être soumis au régime juridique de la responsabilité du fait des produits régi par les articles 1386-1 et suivants et Code civil ? Il souligne qu'en tout état de cause, « le législateur et le juge sont [...] amenés à construire progressivement un statut ad hoc pour l'être humain en devenir, ni tout à fait personne, ni tout à fait quelque chose. Pas tout à fait encore quelqu'un, presque personne ? ».

– **Personne décédée - personne de confiance - volonté du défunt** (Note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 27 mai 2009, [n° 09-66589](#)) (Les Petites affiches, n° 192, 25 septembre 2009, p. 6) :

Note de S. Prieur intitulée : « *L'organisation des funérailles de l'individu décédé ; quelle « personne de confiance » pour y pourvoir en l'absence de volonté exprimée ?* ». L'auteur rappelle que le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort. Aussi, la jurisprudence contribue-t-elle à l'élaboration de ce statut protecteur, notamment au travers des règles organisant les modalités des funérailles d'une personne. En l'espèce, une personne décède et ses parents souhaitent l'enterrer selon des modalités ne correspondant pas à celles souhaitées par le conjoint survivant, qui entendait y procéder selon le rite musulman. Or, la décision revenant à la personne « la mieux qualifiée » pour décider des modalités d'organisation des funérailles, il s'agissait de savoir qui bénéficiait d'un tel statut : le conjoint survivant, le concubin, les parents ou un ami ? La Cour de cassation approuve la Cour d'appel de Paris d'avoir donné la préférence à une amie de la défunte, ainsi qu'à son mari. Selon l'auteur, la Haute juridiction « considère que la personne de confiance continue à se faire l'écho des volontés du défunt : elle doit être celle qui est la mieux placée pour rapporter l'intention de la personne décédée ». La volonté du défunt « demeure donc à la fois présente, et essentielle : exprimée ou interprétée, elle est au cœur de l'organisation des funérailles ».

– **Rétention de sûreté - irresponsabilité pénale - trouble mental - [loi n° 2008-174 du 25 février 2008](#)** (Santé publique, n° 4, 2009, p. 427) :

Article de M. Sautereau, G. Brousse, F. Meunier et I. Jalenques intitulé : « *La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : repères juridiques et interrogations cliniques* ».

Les auteurs dressent un bilan des nouvelles dispositions issues de la loi du 25 février 2008 dans une perspective médicale. Cette loi, issue d'un travail de réflexion débuté en 2005, « consacre la possibilité de maintenir des détenus, considérés comme dangereux, enfermés après la fin de la durée de leur peine ». Elle modifie également la procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental. Selon les auteurs, « le concept de dangerosité, pierre angulaire du dispositif de rétention de sûreté, est abordé et les difficultés de son évaluation sont détaillées ».

– **Bioéthique - Conseil d'Etat - [étude du Conseil d'Etat](#) - réflexion** (Les Petites affiches, n° 202, octobre 2009, p. 3) :

Article de F. Chaltiel intitulé : « *Réflexions sur la bioéthique d'après l'étude du Conseil d'Etat remise au Premier ministre* ». L'auteur rappelle que le Conseil d'Etat ouvre la voie de la réflexion pour la prochaine révision des lois de bioéthique. Ainsi, « au regard des évolutions de la médecine, de la technique, mais aussi des conceptions morales et éthiques, le Haut Conseil prône la prudence et la stabilité », notamment en conservant une position ferme quant à la problématique de la gestation pour autrui ou encore du recours à l'assistance médicale à la procréation par des femmes célibataires. Les rectifications législatives proposées visent selon l'auteur « à retrouver un meilleur équilibre entre les progrès de la technique [...] et des grands principes inhérents à l'être humain, dont le respect de sa dignité ».

– **Assurance - secret médical - levée - condition** (Note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 11 juin 2009, [n° 08-12742](#) et Cass. Civ. 2^{ème}, 13 novembre 2008, [n° 07-18364](#)) (Droit de la famille, n° 10, octobre 2009, comm. 128) :

Note de B. Beignier intitulée : « *Situation de l'assuré : conditions de la levée du secret médical* ». En l'espèce, la Cour de cassation a décidé que le juge civil ne pouvait, en l'absence de disposition législative spécifique l'y autorisant, ordonner une expertise judiciaire « en impartissant à l'expert une mission qui portait atteinte au secret médical sans subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable du patient concerné, sauf à tirer toutes conséquences du refus illégitime ». Selon l'auteur, ces solutions sont équilibrées et mesurées dans la mesure où « le secret médical ne relève pas d'intérêts privés mais publics. Rien ne justifie une atteinte à un principe essentiel qui fonde la confiance dans le corps médical ».

– **Enfant sans vie - acte - [circulaire DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS n° 2009-182 du 19 juin 2009](#)** (Droit de la famille, n° 10, octobre 2009, comm. 123) :

Note de P. Murat intitulée : « *Circulaire du 19 juin 2009 sur l'établissement d'acte d'enfant sans vie* ». L'auteur rappelle que cette circulaire « vient parachever l'évolution imposée en cascade » par la Cour de cassation et étudie notamment le nouveau système mis en place sur la distinction entre les cas d'accouchement spontané ou provoqué

pour raison médicale qui ouvrent la possibilité d'établir un certificat d'accouchement et les cas d'interruption spontanée précoce de grossesse (fausse couche) et d'interruption volontaire de grossesse qui n'ouvrent quant à eux pas droit à un tel certificat. Il souligne par ailleurs notamment qu'une question épineuse risque de se poser dans « *le cas des accouchements antérieurs aux textes* ».

- **Assistance médicale à la procréation (AMP) - bioéthique - prélèvement d'organe - diagnostic préimplantatoire (DPI) - infirmière** (Ethique et santé, n° 6, octobre 2009) :

Dossier thématique intitulé : « La loi de bioéthique en question ». Figurent les articles suivants :

- L. Ravez, « *Autorité, désirs d'enfant et assistance médicale à la procréation* » ;
- J.-P. Graftieux, « *Prélèvements d'organes et donneur partiel* » ;
- A.-M. Tassé et B. Godard, « *Analyse éthique de l'internationalisation des services de laboratoires génétiques* » ;
- A. Capes, M.-L. Coilhac, S. Okecki, A. Petit, J.-P. Cobbaut, P. Boitte, « *Des étudiants en médecine s'interrogent sur le diagnostic préimplantatoire (DPI). Compte-rendu d'une démarche réflexive dans le cadre d'un cursus éthique* » ;
- A. De Broca, N. Defillon, E. Martinek, C. Nehorai, A.-M. Galloy, B. Siegel, M. Daout, F. Bajus, « *Quelques réflexions par des étudiantes infirmières en troisième année 'promotion 2006-2009) sur la loi bioéthique* » ;
- S. Marel, L. Saoudi, C. Ponte, « *Que penser des recherches sur l'embryon ? Questionnements de deux étudiantes d'un diplôme universitaire en éthique* ».

- **Recherche sur la personne - mise en danger - expérimentation - consentement** (Note sous Cass. Crim., 24 février 2009, [n° 08-84436](#)) (Les Petites affiches, n° 205, 14 octobre 2009, p. 5) :

Note de V. Depadt - Sebag intitulée : « *A propos de la recherche sur les personnes* ». Par un arrêt du 24 février 2009, la Cour de cassation décide que c'est à bon droit que la Cour d'appel d'Aix-en-Provence a condamné un médecin pour recherche biomédicale non consentie. Le commentaire de cette décision propose une analyse de la notion de consentement, notamment en matière de recherches biomédicales. Selon l'auteur, « *du Code de Nuremberg à la prochaine réforme de la loi, la condition de consentement traduit la volonté des pouvoirs publics de ne permettre la recherche sur les personnes que dans le respect de leurs droits fondamentaux* ».

- **Préjudice corporel - préjudice d'agrément - déficit fonctionnel - réparation intégrale** (Note sous Cass. Civ. 2^{ème}, 28 mai 2009, [n° 08-16829](#)) (J.C.P. Social, n° 41, octobre 2009, p. 1461) :

Note de D. Asquinazi-Bailleux intitulée : « *Principe de la réparation intégrale : relation entre préjudice d'agrément et déficit fonctionnel* ». La Cour de cassation abandonne ici la position de l'Assemblée plénière qui rattachait les troubles liés à l'atteinte physique à un préjudice corporel de caractère objectif. Désormais, « *il ne fait plus de doute que la réparation du déficit fonctionnel de la victime caractérise un préjudice personnel* ». Selon l'auteur, l'intérêt de l'arrêt est, « *d'une part, de définir les préjudices de déficit fonctionnel et d'agrément et, d'autre part, de déterminer si leur réparation peut se cumuler sans enfreindre le principe de la réparation intégrale* ».

– **Patient - droit - majeur - protection - articles [426](#), [431](#) et [432](#) du Code civil - loi n° 2007-308 du 5 mars 2007** (Gaz. Palais, octobre 2009, p. 3) :

Article de F. Fresnel intitulé : « *Le médecin et le droit des majeurs* ». La loi du 5 mars 2007 sur la protection des majeurs, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, apporte « *de nombreuses modifications dans différents champs dont celui de la procédure* ». Ainsi, l'intervention du praticien est centrale lorsqu'il rédige un certificat médical circonstancié prévu par l'article 431 du Code civil, ou encore lorsqu'il rend un avis médical prévu par les articles 426 et 432 du même Code. L'auteur souligne que le rôle important du médecin « *a pour fondement son indépendance par rapport aux parties. Il est donc le sapiteur par excellence de nature à apporter l'éclairage le plus objectif possible afin de respecter la personne et sa dignité* ».

– **Assistance médicale à la procréation (AMP) - gamète - insémination post-mortem - Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme humain (CECOS)** (Note sous T.G.I., Rennes, 15 octobre 2009, RG 09/00588) (J.C.P., n° 44, octobre 2009, p. 377) :

Note de J.-R. Binet intitulée : « *Pas de restitution des paillettes sur ordonnance ! A propos de l'ordonnance des référés du TGI de Rennes du 15 octobre 2009* ». En l'espèce, le TGI de Rennes rejette par ordonnance la requête d'une veuve auprès d'un CECOS en restitution des gamètes de son mari décédé pour bénéficier d'une AMP au motif que la conservation s'inscrit nécessairement dans le cadre d'un projet AMP qui ne peut être réalisé que du vivant des deux membres du couple. L'auteur rappelle que l'interdiction de l'insémination post-mortem ne fait pas partie des réflexions législatives. Cependant, il souligne que « *peut être l'enjeu de la demande était [de] remettre dans la lumière une question oubliée des débats à venir* ».

Divers :

– **Nanotechnologie - enjeu - risque - vie privée - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)** (www.cnil.fr) :

Etude de la CNIL d'octobre 2009 intitulée : « *Technophilie, technofolie : les technologies au cœur du débat !* ». Les principaux enjeux liés à l'essor des nanotechnologies résident dans la difficulté à contrôler ce qui ne se voit pas et dans la juste perception des risques qu'elles présentent notamment en termes de traçabilité des personnes et de respect de la vie privée. Ainsi, comment être informé de l'existence, de l'objet et des effets d'une technologie invisible et dispersée, ou encore comment assurer que le développement de ces technologies ne se fera pas au prix d'une « hyper-traçabilité » des personnes remettant en question leur liberté d'aller et venir ? Par ailleurs, la CNIL souligne que « *les applications nanotechnologiques pourraient à terme entraîner une modification profonde des comportements individuels. Les personnes, se sachant potentiellement tracées, écoutées et observées à tout instant, ne risquent-elles pas de s'auto-formater selon une norme sociale imposée de fait par la société de surveillance ?* ».

- **Bioéthique - recherche sur la personne - proposition de loi** (www.senat.fr) :

Rapport du 14 octobre 2009 fait au nom de la Commission des affaires sociales par M.-T. Hermange, sur la proposition de loi relative aux recherches sur la personne. Le rapport revient sur l'importance des recherches cliniques et non interventionnelles ainsi que sur la nécessaire préservation des principes éthiques notamment en matière d'information et de consentement. Il est notamment proposé d'instaurer un contrôle unifié sur la recherche en classifiant la recherche en fonction des risques encourus et en simplifiant les procédures, mais encore de garantir le bon fonctionnement des comités de protection des personnes.

- **Corps humain - organe - trafic - Conseil de l'Europe - Conseil des Nations Unies - Convention Internationale** (www.coe.int) :

Etude conjointe du Conseil de l'Europe et des Nations Unies intitulée: « *Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs* ». Selon les Conseils, une nouvelle Convention Internationale est nécessaire « *pour combattre le trafic d'organes, protéger les victimes et poursuivre les auteurs d'infractions* ». L'étude insiste par ailleurs sur le fait que la traite des êtres humains aux fins de prélèvements d'organes est une petite partie du problème plus général du trafic et souligne qu'il existe une confusion fréquente entre ces deux types de pratiques qui appellent pourtant des solutions différentes.

3. Professionnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Profession libérale - invalidité-décès - assurance - cotisation** (J.O. du 28 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1301 du 26 octobre 2009](#) fixant pour l'année 2009 les cotisations des régimes d'assurance invalidité-décès des professions libérales.

– **Agent - fonction publique hospitalière - retraite - remboursement - obligation** (J.O. du 21 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1261 du 19 octobre 2009](#) relatif aux modalités de mise en œuvre de l'obligation de remboursement applicable aux agents admis à la retraite ayant un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière.

– **Praticien - concours sur titre - médecin des armées - arrêté du 18 mars 2009** (J.O. du 29 octobre 2009) :

[Arrêté du 20 octobre 2009](#) pris par le ministre de la défense modifiant l'arrêté du 18 mars 2009 fixant les conditions d'attribution et le nombre des niveaux de qualification hospitalière de praticien certifié offerts par concours sur titres pour l'année 2009 aux officiers sous contrat servant en qualité de médecin des armées.

– **Hôpital des armées - directeur de soins - concours de recrutement - militaire infirmier - technicien** (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Arrêté du 13 octobre 2009](#) pris par le ministre de la défense fixant les modalités d'organisation des concours de recrutement sur épreuves dans le corps des directeurs des soins relevant du statut des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées.

– **Fonction publique hospitalière - personnel - établissement privé à caractère sanitaire ou social - arrêté du 11 décembre 2008** (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Arrêté du 13 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à l'intégration dans la fonction publique hospitalière de personnels d'établissements privés à caractère sanitaire ou social et modifiant l'arrêté du 11 décembre 2008.

– **Praticien - armée - garde hospitalière - prime de qualification** (J.O. du 23 octobre 2009) :

[Arrêté du 12 octobre 2009](#) pris par le ministre de la défense fixant les taux des primes de qualification et des indemnités forfaitaires de gardes hospitalières des praticiens des armées.

– **Médecin - exercice - autorisation - gériatrie - France - article [L. 4111-2](#) du Code de la santé publique - [loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006](#) (J.O. du 20 octobre 2009) :**

[Arrêté du 21 septembre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 17 juin 2009 fixant la liste des personnes autorisées à exercer en France la profession de médecin dans la spécialité « gériatrie » 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° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

– **Pharmacien - exercice - autorisation - France - article [L. 4221-14-1](#) du Code de la santé publique (J.O. du 20 octobre 2009) :**

[Arrêté du 28 septembre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant la liste des personnes autorisées à exercer en France la profession de pharmacien en application des dispositions de l'article L. 4221-14-1 du Code de la santé publique.

– **Groupement d'intérêt public - carte de professionnel de santé - convention constitutive - modification (J.O. du 17 octobre 2009) :**

[Arrêté du 12 octobre 2009](#) pris par le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, la ministre de la santé et des sports, et le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche portant approbation de la modification de la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Carte de professionnel de santé ».

– **Convention collective - avenant - cabinet médical - personnel (J.O. du 17 octobre 2009) :**

[Arrêté du 8 octobre 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 du personnel des cabinets médicaux (n° 1147).

– **Accord - extension - convention collective - industrie pharmaceutique (J.O. du 17 octobre 2009) :**

[Arrêté du 8 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique (n°176).

– **Stagiaire - accueil - formation initiale - diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM)** (B.O. santé - protection sociale - solidarités, n° 2009/9 du 15 octobre 2009, p. 55) :

[Circulaire DHOS/RH1 n°2009-164 du 17 juin 2009](#) prise par la ministre de la santé et des sports relative à l'accueil des stagiaires dans le cadre de la formation initiale préparant le diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM).

– **Convention collective - avenant - laboratoire d'analyse médicale - extrahospitalier** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Avis du 17 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale des laboratoires d'analyses médicales extrahospitaliers.

– **Convention collective - avenant - cabinet - clinique - vétérinaire** (J.O. du 17 octobre 2009) :

Avis [n° 132](#) et [n° 136](#) du 17 octobre 2009 pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatifs à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale des cabinets et des cliniques vétérinaires.

– **Convention collective - avenant - vétérinaire - salarié** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Avis du 17 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale des vétérinaires praticiens salariés.

Jurisprudence :

– [Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif - indemnité - avenant - rétroactivité](#) (Cass. Soc., 14 octobre 2009, [n° 08-41892](#)) :

En l'espèce, plusieurs médecins généralistes urgentistes travaillent au sein d'une clinique mutualiste et sont en cela soumis à la convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951 dite FEHAP. L'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 est venu modifier cette convention collective. En conséquence de cet avenant, les salariés susvisés ont été exclus du bénéfice des indemnités de travail de nuit, de dimanches et de jours fériés. Ils ont donc contesté cette décision et ont obtenu l'engagement de leur employeur de leur verser une indemnité pour ces périodes de travail avec effet rétroactif. Toutefois, ne s'estimant pas « remplis de leurs droits », les salariés ont saisi la juridiction prud'homale en vue d'obtenir paiement de rappels de salaires pour la période ayant précédé l'adoption de l'avenant. L'organisme gérant la clinique a été condamné en appel à payer aux salariés divers rappels de salaire pour des dimanches et jours fériés. Considérant qu'un accord conventionnel ne dispose que pour l'avenir, la Cour d'appel a jugé que l'avenant n'avait pas vocation à s'appliquer aux salariés en l'espèce. L'union mutualiste fait valoir à l'appui de son pourvoi que les accords interprétatifs rétroagissent à la date d'entrée en vigueur de la convention ou de l'accord interprété. L'avenant litigieux étant selon eux un accord interprétatif, il aurait dû rétroagir. En réponse, la Cour de cassation énonce que « ne peut avoir valeur d'avenant interprétatif l'avenant qui n'a pas été signé par l'ensemble des syndicats signataires ». En l'espèce, l'avenant litigieux n'ayant pas été signé par tous les syndicats signataires à la convention, elle en déduit qu'il ne peut être qualifié d'interprétatif et substitue ce motif de droit à celui retenu par la Cour d'appel. En conséquence, elle rejette le pourvoi formé par l'union mutualiste.

– **Médecin militaire - tableau de l'ordre - inscription - autorisation - articles [L. 4111-1](#) et [L. 4112-6](#) du Code de la santé publique - [décret n° 81-60 du 16 janvier 1981](#) (C.E., 7^{ème} et 2^{ème} sous-sections réunies, 7 octobre 2009, [n° 298522](#)) :**

En l'espèce, M.X., médecin militaire, a sollicité son inscription au tableau de l'ordre des médecins auprès du commandant de la région de gendarmerie. Ce dernier a refusé de faire droit à cette demande par une décision du 9 mai 2006, invoquant l'impossibilité d'inscrire un médecin militaire sur le tableau de l'ordre en l'état actuel du droit. M.X. a alors formé un recours devant la commission des recours des militaires, et le ministre de la défense a rejeté le recours préalable formé devant lui après avis de cette commission. Le Conseil d'Etat rappelle en premier lieu l'état du droit en vigueur au moment où la décision litigieuse a été prise : si l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique soumet l'exercice de la profession de médecin à une inscription préalable au tableau de l'ordre, ce même article réserve une exception, visée à l'article L. 4112-6 du Code de la santé publique, qui dispense les médecins militaires d'une telle inscription afin d'exercer leurs fonctions. Cependant un décret de 1981 prévoit la possibilité pour le ministre de la défense d'autoriser temporairement, et de manière exceptionnelle, l'inscription au tableau de l'ordre des médecins militaires, notamment afin qu'ils puissent exercer une activité médicale en dehors du département ministériel de la défense. Selon le Conseil d'Etat, le ministre de la défense a donc commis une erreur de droit en refusant d'accorder une telle

autorisation au motif que la législation en vigueur ne le permettait pas. Il annule en conséquence la décision de rejet opposée par ce dernier.

– **Responsabilité - médecin - phénomène infectieux - recherche - amputation** (Cass. Civ., 1^{ère}, 8 octobre 2009, [n°08-18444](#)) :

M. X. a été opéré du genou par M. Y., qui lui a posé une prothèse, puis par M. Z., qui a changé cette prothèse. Finalement amputé de la jambe, il a décidé d'assigner les deux médecins en réparation de son préjudice. La Cour d'appel a déclaré M. Z. responsable des préjudices ayant résulté de l'absence de recherche des phénomènes infectieux avant l'intervention du 4 décembre 2005. Il a donc formé un pourvoi contre cet arrêt. Renvoyant à l'appréciation souveraine des juges du fond, la Haute juridiction approuve la Cour d'appel qui a considéré que « *l'infection dont avait été victime M. X. était postérieure aux interventions de M. Y., que M. Z. avait commis une négligence en ne recherchant pas avant son intervention l'existence d'une infection dont la découverte aurait permis d'en éviter les suites* ». Elle a en conséquence déclaré M. Z. responsable des préjudices ayant résulté de l'absence de recherche par tous moyens des phénomènes infectieux avant son intervention.

Doctrine :

– **Responsabilité médicale - infection nosocomiale - preuve - organisation du service - faute - indemnité - article [L. 1142-1](#) du Code de la santé publique - articles [32](#) et [33](#) du Code de déontologie médicale** (Revue des contrats, 1^{er} avril 2009 n°2, p. 533) :

Article de J.-S. Borghetti intitulé : « *La responsabilité médicale dans un environnement complexe* » sous trois arrêts de la Cour de cassation des 30 octobre, 13 et 27 novembre 2008 relatifs à la preuve du caractère nosocomial d'une infection, à la faute dans l'organisation du service et à l'obligation de recourir à un tiers en cas de doute dans le diagnostic.

Divers :

– **Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) - liberté de circulation - accès aux soins - qualité - démographie - flux migratoires - télémédecine - formation - [Livre vert relatif au personnel de santé en Europe \(COM \(2008\) 725/3\)](#) ([bulletin.conseil-national.medecin.fr](#))** :

Réponse du CNOM au livre vert relatif au personnel de santé en Europe (COM (2008) 725/3). Le CNOM a constaté que les enjeux identifiés dans ce livre vert sont

pour la plupart identiques aux préoccupations fondamentales de l'Ordre : la liberté de circulation tant des professionnels de santé que des patients, et l'égal accès à des soins de qualité pour tous. Le CNOM a ainsi décidé de répondre aux questionnements émis par la Commission en articulant son propos autour de quatre axes. Le premier s'intéresse à la démographie médicale, le deuxième aux flux migratoires des professionnels de santé et aux problèmes éthiques et organisationnels qu'ils soulèvent, le troisième à l'harmonisation des formations initiales et continues, et le dernier au développement des nouvelles technologies de l'information et notamment de la télémédecine, avec comme ambition d'améliorer l'efficacité du système de santé et l'accès à des soins innovants pour la majorité des populations.

– **Infirmier - pratique - jurisprudence - salariat - statut libéral** (Droit, Déontologie et Soins, vol. 9, n°3, septembre 2009, p. 252) :

Dossier de jurisprudence du comité de lecture du périodique Droit, déontologie et soins intitulé : « *Jurisprudence et pratique des soins infirmiers (salariat, statut libéral, statuts particuliers)* ». La présente étude aborde en premier lieu la pratique infirmière dans le cadre du salariat, et analyse à ce titre la jurisprudence relative au contrat de travail, au salariat et au respect des compétences, à l'exercice illégal de la profession d'infirmier ou encore à la liberté d'expression du salarié. Elle aborde en second lieu la pratique infirmière en statut libéral, en étudiant la jurisprudence relative à la clientèle, aux modalités d'exercice ou encore aux conventions régissant l'exercice de la profession. Enfin, elle s'attarde sur les statuts spécifiques et examine à ce titre les arrêts concernant les infirmières en entreprise, en milieu pénitencier mais également en milieu scolaire.

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

– **Hospitalisation privée - convention collective nationale - avenant - avis d'interprétation** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 et d'un avis d'interprétation à la convention collective nationale de l'hospitalisation privée (n° 2264).

– Etablissement public de santé – contrôle de légalité – baux emphytéotique – contrat de partenariat – contrat de commande publique – [loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009](#) (HPST) – article [L. 6145-6](#) du Code de la santé publique – agence régionale de santé (ARS) (www.circulaires.gouv.fr):

[Circulaire n° DHOS/F4/2009/300 du 25 septembre 2009](#) prise par la ministre de la santé et des sports relative à la suppression du contrôle de légalité sur les marchés, baux emphytéotiques et contrats de partenariat passés par les établissements publics de santé ainsi qu'aux procédures de recours applicables aux contrats de commande publique. Cette circulaire précise les modalités de l'abrogation de l'article L. 6145-6 du Code de la santé publique par la loi HPST. Elle souligne notamment que les baux emphytéotiques administratifs et les contrats de partenariat pourront être déférés au juge administratif par le directeur général de l'ARS. S'agissant des marchés publics, les établissements publics de santé « *sont appelés à exercer leurs compétences en matière de commande publique avec une vigilance accrue sur la légalité des marchés qu'ils concluent* ».

– Hospitalisation privée – convention collective nationale – avenant (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Avis](#) du 17 octobre 2009 pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale de l'hospitalisation privée.

Jurisprudence :

– Etablissement public hospitalier – traitement – perte de chance – faute – réparation (C.A.A. Bordeaux, 6 octobre 2009, [n° 08BX02271](#)) :

En l'espèce, M. X. a été hospitalisé à trois reprises dans le même établissement public hospitalier pour un ulcère gastrique. Lors de sa troisième hospitalisation et à sa sortie de l'hôpital, le patient n'a pas bénéficié du traitement adapté à son état de santé. La Cour administrative d'appel souligne dans un premier temps que l'absence de prescription d'un traitement adapté, alors que le patient connaissait une altération grave de son état général, constitue une faute de nature à engager la responsabilité du service hospitalier. Dans un second temps, la Cour rappelle que dans les cas où la faute commise a compromis les chances du patient d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, « *le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté, mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu* ». La cour

administrative d'appel de Bordeaux condamne donc l'hôpital à réparer le préjudice de M. X. en fonction de l'ampleur de la chance perdue.

Doctrine :

– **Hôpital - petite taille - communauté hospitalière de territoire (CHT) - [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST)** (Revue hospitalière de France, n° 530, septembre - octobre 2009, p.26) :

Article de N. Millan- Gangneux intitulé : « *Quelles coopérations pour les hôpitaux de petite taille* ». L'auteur analyse l'impact des articles 22 et 23 de la loi HPST qui invitent à la coopération entre établissements de santé en instituant la communauté hospitalière de territoire et le groupement de coopération sanitaire. Plus précisément, il étudie les problématiques liées à l'association des hôpitaux de petite taille au sein de ces CHT et précise les limites et les avantages de ces structures locales. Selon l'auteur, l'ouverture introduite par les CHT « *est porteuse d'espérance et de projets au bénéfice du patient et de la qualité de soins* ».

– **[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST) - Communauté hospitalière de territoire (CHT) - Groupement de coopération sanitaire (GCS)** (Revue hospitalière de France, n° 530, septembre - octobre 2009, p.12) :

Article de C. Evin intitulé : « *Communautés hospitalières de territoire et groupements de coopération sanitaire : Après la loi HPST* ». L'auteur analyse les nouveaux outils et les aménagements mis en place par la loi HPST en matière de coopération des établissements de santé. Il précise notamment les modalités de préparation, de création et de gouvernance des CHT avant de souligner le champ de compétence, la constitution et le financement des GCS.

– **Communauté hospitalière de territoire (CHT) - [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST)** (Revue hospitalière de France, n° 530, septembre - octobre 2009, p.20) :

Article de D. Larose intitulé : « *La communauté hospitalière de territoire : nouvel ornithorynque juridique* ». L'auteur rappelle l'apport de la loi HPST en matière de communauté hospitalière de territoire en précisant dans un premier temps que le texte législatif présente un objectif d'un intérêt incontestable. Dans un second temps, il souligne que ce texte est cependant peu satisfaisant dans la mesure où la définition même du territoire visé par la CHT est contestable. Par ailleurs, l'auteur relève que,

la CHT ne disposant pas de personnalité morale, elle ne dispose pas de moyens coercitifs.

Divers :

– **Hôpital public - situation économique et financière - déficit - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (www.sante.gouv.fr) :**

Etude n° 706 de la DRESS parue en octobre 2009 intitulée : « *En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse* ». Il résulte de cette analyse que le déficit des centres hospitaliers atteint 486 millions d'euros en 2007 et que leurs situations économiques et financières sont très contrastées selon les différentes catégories d'établissement. Ainsi, le déficit des grands centres hospitaliers augmente de 10% alors que celui des centres hospitaliers de moyenne taille se stabilise. Enfin, l'étude révèle que suite aux premières estimations de l'année 2008, ce déficit devrait se réduire en 2009.

– **Clinique privée - but lucratif - situation économique et financière - évolution - Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (www.sante.gouv.fr) :**

Etude n° 707 de la DRESS parue en octobre 2009 intitulée : « *L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007* ». Cette étude présente la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2006 et 2007. Il en résulte que, si le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 4,4%, cette augmentation est en recul par rapport à 2006. Par ailleurs, l'étude précise que la rentabilité économique de ces cliniques a quant à elle légèrement diminué, atteignant 3,1% de leur chiffre d'affaire. Malgré cette constatation, leur situation économique et financière reste globalement favorable. Enfin, le texte précise que cette situation économique, si elle est satisfaisante, demeure marquée par une forte hétérogénéité, seules les cliniques de petite taille et du secteur hors MCO étant les plus rentables.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Accord professionnel - avenant - extension - secteur - médico-social - but non lucratif** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 un accord professionnel conclu dans le secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif.

– **Accord professionnel - extension - médico-social - but non lucratif** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Avis du 17 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif à l'extension d'un accord national professionnel conclu dans le secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif.

Divers :

– **Appartement de coordination thérapeutique (ACT) - place - insuffisance - virus de l'immunodéficience humaine (VIH) - [question n° 58427](#) (www.senat.fr) :**

[Réponse](#) du 20 octobre 2009 de la ministre de la santé et des sports à une question relative au manque de place en appartement de coordination thérapeutique. Le ministère rappelle que ces structures, intégrées au dispositif médico-social depuis 2002, sont destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques, hébergeant « *à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion* ». Initialement destinés aux personnes atteintes par le VIH, ces appartements ont aujourd'hui vocation à accueillir l'ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques. Selon la ministre, plusieurs facteurs contribuent au manque de place en ACT. Elle relève notamment le nombre croissant de patients pris en charge au titre du VIH ainsi que l'allongement de la durée de séjour dans ces structures. Face à ce constat, le ministère rappelle que le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011) a prévu de doubler les places en ACT d'ici cinq ans.

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

Législation :

Législation européenne :

– **Aliment - allégation de santé - maladie - risque - santé infantile** (J.O.U.E. du 22 octobre 2009) :

[Règlement n° 984/2009 de la Commission du 21 octobre 2009](#) refusant d'autoriser certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires, autres que celles faisant référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé infantiles.

– **Aliment - allégation de santé - maladie - risque - santé infantile** (J.O.U.E. du 22 octobre 2009) :

[Règlement n° 983/2009 de la Commission du 21 octobre 2009](#) concernant l'autorisation et le refus d'autorisation de certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires et faisant référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé infantiles.

– **Cosmétique - progrès technique - [directive n° 76/768/CEE](#) - modification** (J.O.U.E. du 29 octobre 2009) :

[Directive n° 2009/134/CE de la Commission du 28 octobre 2009](#) modifiant la directive 76/768/CEE du Conseil relative aux produits cosmétiques, en vue de l'adaptation de son annexe III au progrès technique.

– **Ingrédient alimentaire - huile d'algue - *Ulkenia sp.* - usage - extension - [règlement n° 258/97](#) - application** (J.O.U.E. du 23 octobre 2009) :

[Décision de la Commission du 21 octobre 2009](#) concernant l'extension des usages de l'huile d'algue extraite de la micro algue *Ulkenia sp.* en tant que nouvel ingrédient alimentaire en application du règlement (CE) n° 258/97 du Parlement européen et du Conseil.

– **Ingrédient alimentaire - huile d'algue - *schizochyterium sp.* - usage - extension - [règlement n° 258/97](#) - application** (J.O.U.E. du 23 octobre 2009) :

[Décision de la Commission du 22 octobre 2009](#) concernant l'extension des usages de l'huile d'algue extraite de la micro algue *Schizochytrium sp.* en tant que nouvel ingrédient alimentaire en application du règlement (CE) n° 258/97 du Parlement européen et du Conseil.

Législation interne :

– **Préparation magistrale - préparation officinale - exécution - articles [L. 5125-1](#) et [L. 5125-1-1](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1283 du 22 octobre 2009](#) relatif à l'exécution des préparations magistrales et officinales. Le décret précise les conditions d'application des articles L. 5125-1 et L. 5125-1-1 du Code de la santé publique relatif aux activités de sous-traitance de préparation magistrales et à l'exécution de préparation stériles ou dangereuses.

– **Juridiction - compétence - certificat complémentaire de protection - directeur général - Institut national de la propriété industrielle (INPI)** (J.O. du 11 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1204 du 9 octobre 2009](#) relatif à la spécialisation des juridictions en matière de propriété intellectuelle. Ce décret précise que la Cour d'appel de Paris est seule compétente pour connaître directement des recours formés contre les décisions du directeur général de l'Institut national de la propriété industrielle en matière de délivrance, rejet ou maintien de brevets d'invention, de certificats d'utilité, de certificats complémentaires de protection et de topographies de produits semi-conducteurs.

– **Juridiction - compétence - certificat complémentaire de protection** (J.O. du 11 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1205 du 9 octobre 2009](#) relatif à la spécialisation des juridictions en matière de propriété intellectuelle. Ce décret précise que le Tribunal de grande instance de Paris a une compétence exclusive pour connaître des actions en matière de brevets d'invention, de certificats d'utilité, de certificats complémentaires de protection et de topographies de produits semi-conducteurs.

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. des 20, 23, 27 et 30 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 36](#) du 8 octobre 2009, [n° 23](#), [n° 24](#) et [n° 46](#) du 16 octobre 2009, [n° 19](#) et [n° 29](#) du 19 octobre 2009, et [n° 49](#) du 26 octobre 2009 pris par la ministre de la santé et des

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

– **Spécialité pharmaceutique - autorisation de mise sur le marché (AMM) - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique - [arrêté du 17 décembre 2004](#) - modification** (J.O. des 16, 23 et 27 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 28](#) et [n° 29](#) du 16 octobre 2009, [n° 20](#) du 22 octobre 2009, et [n° 27](#) du 23 octobre 2009 pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Denrée - additif - fabrication - alimentation humaine - [arrêté du 2 octobre 1997](#) - modification** (J.O. du 18 octobre 2009) :

[Arrêté du 26 août 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports, le ministre de l'agriculture et de la pêche et la 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 - autorisation de mise sur le marché (AMM) - prise en charge - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 16 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 28](#) et [n° 29](#) du 12 octobre 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 aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Denrée - auxiliaire technologique - fabrication - [arrêté du 19 octobre 2006](#) - modification** (J.O. du 16 octobre 2009) :

[Arrêté du 27 août 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports, le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche et la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi modifiant l'arrêté du 19 octobre 2006 relatif à l'emploi d'auxiliaires technologiques dans la fabrication de certaines denrées alimentaires.

– **Publicité - médicament - article [L. 5122-1](#) du Code de la santé publique - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (J.O. du 23 octobre 2009) :

Décisions [n° 31](#) du 6 juillet 2009 et [n° 32](#) du 7 septembre 2009 prises par le directeur général de l’Afssaps interdisant une publicité pour un médicament mentionné à l’article L. 5122-1, premier alinéa, du Code de la santé publique, destinée aux personnes appelées à prescrire ou délivrer ces médicaments, ou à les utiliser dans l’exercice de leur art.

– **Produit phytopharmaceutique - fabricant - distributeur - utilisateur** (J.O. du 28 octobre 2009) :

[Avis du 28 octobre 2009](#) pris par le ministre de l’alimentation, de l’agriculture et de la pêche aux fabricants, distributeurs et utilisateurs de produits phytopharmaceutiques contenant les substances métam, huile de pétrole CAS 92062-35-6, huile de paraffine CAS 64742-54-7 et chlorthal - diméthyl.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-5](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 20 octobre 2009) :

[Avis du 20 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif au prix d'une spécialité pharmaceutique publié en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 20 octobre 2009) :

[Avis du 20 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif au prix d'une spécialité pharmaceutique publié en application de l'article L. 162-16-6 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. des 16, 22, 23, 27 et 30 octobre 2009) :

Avis [n° 118](#) du 16 octobre 2009, [n° 113](#) du 22 octobre 2009, [n° 100](#) et [n° 101](#) du 23 octobre 2009, [n° 114](#) du 27 octobre 2009, et [n° 155](#) du 30 octobre 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

Jurisprudence :

– **Produit cosmétique - produit d’hygiène corporelle - distribution sélective - vente par internet - interdiction - pratique anticoncurrentielle - [décision n° 08-D-25 du 29 octobre 2008](#) - [règlement n° 2790/1999](#) - [l’article 81 paragraphe 3 du Traité CE](#) (C.A. Paris, 29 octobre 2009, n°2008/23812) (www.conseil-concurrence.fr) :**

Un laboratoire a interjeté appel de la décision du Conseil de la concurrence du 29 octobre 2008 le condamnant à supprimer de ses contrats de distribution sélective, toutes les mentions équivalant à une interdiction de vente sur Internet de ses produits cosmétiques et d'hygiène corporelle. En effet, le Conseil de la concurrence avait estimé « *qu'en interdisant à ses distributeurs agréés de vendre les produits [concernés] via Internet, le laboratoire a privé les consommateurs des effets pro-concurrentiels qui peuvent être attendus de la vente en ligne des produits distribués par un réseau sélectif [...] tels que la livraison à domicile ou la mise à disposition de l'acheteur en temps réel d'une abondante documentation, [...] qui auraient eu pour effet de stimuler la concurrence par les prix tout en incitant les distributeurs à fournir plus de services pour fidéliser leur clientèle* ». La Cour d'appel de Paris sursoit à statuer après avis de la Commission européenne « *qui suggère la même interprétation du droit communautaire que l'autorité nationale de la concurrence sur le caractère restrictif* » de ce type de pratiques. Ainsi, elle interroge la Cour de justice des Communautés européennes sur le point de savoir si « *l'interdiction générale et absolue de vendre sur Internet les produits contractuels aux utilisateurs finals imposée aux distributeurs agréés dans le cadre d'un réseau de distribution sélective constitue effectivement une restriction caractérisée de la concurrence par objet au sens de l'article 81 paragraphe 1 du Traité CE échappant à l'exemption par catégorie prévue par le règlement n°2790/1999 mais pouvant éventuellement bénéficier d'une exemption individuelle en application de l'article 81 paragraphe 3 du Traité CE* ».

– **Campagne publicitaire - prix - médicament - article [L.121-1](#) du Code de la consommation - article [1382](#) du Code civil - publicité trompeuse - dénigrement** (Cass. Com., 13 octobre 2009, [n°08-16972](#)) :

En l'espèce, une campagne publicitaire portant sur le prix des médicaments non remboursés a été lancée par une grande enseigne d'hypermarchés. Le slogan principal de cette campagne était « *soigner un rhume sera bientôt un luxe* », et comportait une illustration d'un buste paré de bijoux composés de médicaments. Plusieurs associations et sociétés pharmaceutiques ont demandé en référé l'interdiction de cette campagne, sur le fondement de l'article L.121-1 du Code de la consommation et de l'article 1382 du Code civil. Les requérants estimaient qu'il s'agissait d'une publicité trompeuse dénigrant les pharmaciens. Selon eux, la publicité suggérait que l'ouverture à la concurrence de certains pans du secteur pharmaceutique aurait un effet bénéfique pour le consommateur. La demande de référé ayant été refusée en appel, les requérants ont formé un pourvoi en cassation. La Cour de cassation approuve la cour d'appel, laquelle a jugé que l'allégation dénoncée ne pouvait être considérée comme manifestement fautive, et qu'en tout état de cause, il n'était pas possible de considérer automatiquement une telle allégation comme un acte « *illicite générateur d'un préjudice manifeste* ». S'agissant du dénigrement allégué par les demandeurs au pourvoi, la Cour de cassation renvoie à l'appréciation souveraine des juges du fond. Ces derniers, après avoir affirmé « *qu'il importerait de préciser et de caractériser exactement ce qui constituerait un dénigrement* », ont jugé « *qu'aucun des fondements assez imprécis allégués par les parties demanderesse ne caractérisait un trouble manifestement illicite* ». Le pourvoi est donc rejeté.

Doctrine :

– **Médicament - distribution - compétence professionnelle - article [L.313-6](#) du Code de l'action sociale et des familles** (Droit, déontologie et soin, n°9, p312 à 325) :

Chronique de Gilles Devers intitulée : « *Distribution des médicaments et compétences professionnelles* ». L'auteur aborde la question de l'aide à la prise de médicaments confiée à des aides-soignantes ou à des personnes non diplômées, sous la surveillance d'un professionnel compétent. Selon l'auteur, si le nouvel article L. 313-6 du Code de l'action sociale et des familles éclairci le droit existant dans le secteur médico-social en donnant un cadre légal à cette pratique, en réalité, cet article « *ne change rien à l'état du droit existant* ». Il estime que le « *législateur prend bien inutilement le risque de créer la confusion, en laissant penser que ces dispositions ne seraient pas un cadre légal général* » mais une exception au seul domaine médico-social. L'auteur propose « *une analyse globale, pour rappeler ce qu'est le régime légal, car il en va de la sécurité des patients et des devoirs des soignants, susceptibles d'être sanctionnés pour avoir ignoré ce cadre et en avoir fait trop ou pas assez* ».

– **Hépatite B - vaccination - sclérose en plaques - lien de causalité** (Note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 9 juillet 2009, [n° 08-11073](#)) (Droit de la famille, n° 10, octobre 2009, comm. 135) :

Note de J. Julien intitulée : « *Vaccination contre l'hépatite B et sclérose en plaques : lien de causalité établi* ». Selon l'auteur, la Cour de cassation semble admettre, pour la première fois, l'existence d'un lien de causalité entre la vaccination contre l'hépatite B et l'apparition d'une sclérose en plaques. En l'espèce, elle reconnaît que, non seulement le vaccin présentait une défectuosité, mais encore que les éléments de preuve apportés par la victime permettaient d'asseoir une présomption. Selon l'auteur, « *le droit de la responsabilité civile ne doit pas conduire à paralyser des secteurs d'activité aussi essentiels que celui de la santé, par des mises en cause intempestives, mais il ne doit pas non plus, par sa complexité, priver des victimes d'une juste réparation : c'est là même sa raison d'être* ».

– **Vaccin - défaut de sécurité - hépatite B - sclérose en plaques - dommage - lien de causalité - présomption - responsabilité - article [1353](#) du Code civil** (Note sous Cass.civ.1^{ère}, 9 juillet 2009, [n° 08-11073](#)) (Lamy Droit civil, octobre 2009, n° 64, p. 27) :

Note de la rédaction intitulée : « *Défaut de sécurité du vaccin : de l'importance de la notice de présentation* » sous l'arrêt de la première chambre civile de la Cour de cassation confirmant les arrêts rendus le 22 mai 2008 selon lesquels « *la preuve du lien causal entre l'éventuel défaut du vaccin contre l'hépatite B et la survenance d'une maladie type*

syndrome de Guillain-Barré ou sclérose en plaques peut résulter de présomptions graves, précises et concordantes de l'article 1353 du Code civil ». Les auteurs soulignent que cet arrêt a été l'occasion pour les juges de préciser la notion de défaut de sécurité du produit. Aussi le défaut de sécurité peut-il être désormais retenu si la notice de présentation n'informe pas sur les effets indésirables graves alors que le dictionnaire Vidal les mentionne.

– **Diéthylstilbestrol - tumeur - preuve - responsabilité - fabricant - hormone de synthèse** (Note sous Cass. Civ., 1^{ère}, 24 septembre 2009, [n°08-10081](#) et [n°08-16305](#)) (Dalloz, 2009, n° 35, p. 2342) :

Note de I. Gallmeister intitulée : « *Une avancée décisive pour les victimes du Distilbène* » sous les arrêts de la première chambre civile de la Cour de cassation du 24 septembre 2009. Dans l'arrêt n° 08-16305, la Cour a inversé la charge de la preuve en faveur des victimes du Distilbène en considérant désormais qu'il appartient « *à chacun des laboratoires de prouver que son produit n'était pas à l'origine du dommage* ». Les auteurs relèvent que la preuve qui incombe aux laboratoires est « *une tâche pour le moins ardue* » et soulignent que cette décision « *devrait provoquer une augmentation du nombre de procédures* ».

– **Distilbène® - victime - lien de causalité - indemnisation** (Cass. Civ., 1^{ère}, 24 septembre 2009, [n° 08-10081](#)) (J.C.P., n° 44, octobre 2009, p. 381) :

Note de S. Hocquet-Berg intitulée : « *Affaire du « Distilbène » : une importante avancée en matière d'indemnisation des victimes* ». L'auteur rappelle que « *le lien de causalité suppose à la fois la démonstration du rôle causal du fait générateur dans le dommage et celle d'un lien de rattachement du fait dommageable au responsable* ». Dans cette affaire, la Cour de cassation en modifie « *partiellement la charge de la preuve* ». Ainsi, s'il incombe toujours à celle qui impute son affection à l'hormone de synthèse de prouver qu'elle y a été exposée, « *il appartient désormais au laboratoire mis en cause de prouver que son produit n'est pas à l'origine du dommage* ».

– **Médicament - commerce parallèle - limitation - [article 81 du Traité CE](#) - différence de prix** (C.J.C.E., 6 octobre 2009, [C-501/06P](#), aff. *GlaxoSmithKline Services Unlimited / Commission*) (Droit et Pharmacie, octobre 2009, n° 17, p. 807) :

Article de la rédaction intitulé : « *Entreprise pharmaceutique, pris à l'exportation majoré limitant le commerce parallèle et restriction du jeu de la concurrence* ». L'article présente un communiqué de presse de la Cour de justice des communautés européennes du 30 juin 2009 exposant les conclusions de l'avocat général dans l'affaire *GlaxoSmithKline Services Unlimited / Commission*. Celui-ci a considéré, dans cette affaire, que la décision de la Commission interdisant les conditions générales de vente du fabricant de produits pharmaceutiques au motif qu'elles violaient la

prohibition des ententes devait être partiellement annulée. L'avocat général « estime que la Commission n'a pas suffisamment motivé son constat selon lequel les conditions générales de vente n'engendraient pas d'avantage sensible » et considère qu' « il convient de tenir compte de l'importance de la concurrence par l'innovation dans le secteur pharmaceutique ».

– **Médicament - évaluation - autorisation de mise sur le marché (AMM) - health technology assessment (HTA)** (Pharmaceutiques, octobre 2009, p. 38) :

Article de V. Moulle intitulé : « *Evaluation du médicament : quel nouveau modèle ?* ». L'auteur constate qu'il existe deux modèles d'évaluation du médicament : celui de l'AMM et celui du HTA. Elle souligne la nécessité de comprendre l'articulation entre ces deux modèles dans un contexte « d'essor » du HTA où l'AMM « se complexifie ». Aussi, l'auteur a recueilli les différents points de vue de l'Agence française de sécurité sanitaire, de la Haute autorité de santé et de l'Agence européenne du médicament.

Divers :

– **Dispositif médical - prestation - remboursement - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

[Dossier](#) de la HAS de mai 2009 intitulé : « *Evaluation des implants mammaires, prothèses d'expansion tissulaire et prothèses externes de sein* ». La HAS a révisé, en évaluant le service rendu, les différentes catégories d'implants mammaires, de prothèses d'expansion tissulaire et de prothèses externes de sein inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables.

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– **Couche d'ozone - substance - appauvrissement** (J.O.U.E. du 31 octobre 2009) :

[Règlement n° 1005/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009](#) relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone.

– **Pollution - sanction - infraction - [directive n° 2005/35/CE](#)** (J.O.U.E. du 27 octobre 2009) :

[Directive n° 2009/123/CE du Parlement Européen et du Conseil du 21 octobre 2009](#) modifiant la directive 2005/35/CE relative à la pollution causée par les navires et à l'introduction de sanctions en cas d'infractions.

Législation interne :

– **Pesticide - programme national - réduction - [Code rural](#)** (J.O. du 29 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1319 du 28 octobre 2009](#) relatif au programme national de réduction des pesticides.

– **Maladie professionnelle - tableau - agriculture** (J.O. du 27 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1295 du 23 octobre 2009](#) révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles en agriculture annexés au livre VII du Code rural.

– **Environnement - association - qualité de l'air - article [L. 221-3](#) du Code de l'environnement** (J.O. des 21 et 24 octobre 2009) :

Arrêtés [n°10](#) du 27 septembre et [n°1](#) du 1^{er} octobre 2009 pris par la ministre de l'écologie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat portant agrément d'associations de surveillance de la qualité de l'air au titre du code de l'environnement (livre II, titre II).

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - établissement de construction et de réparation navale - liste** (J.O. du 20 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 29](#), [n° 30](#) et [n° 31](#) du 12 octobre 2009 pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et par le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, modifiant la liste des établissements et des métiers de la construction et de la réparation navales susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - établissement de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante - liste** (J.O. du 20 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 32](#) et [n° 33](#) du 12 octobre 2009 pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et par le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, modifiant la liste des établissements de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante susceptible d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

– **Prévention - sécurité au travail - santé au travail - organisme - agrément - carrière** (J.O. du 30 octobre 2009) :

[Arrêté du 15 octobre 2009](#), pris par le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, portant agrément d'un organisme pour le développement de la prévention en matière de sécurité et de santé au travail dans les carrières.

Jurisprudence :

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - condition - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#) - établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante - Association départementale de défense des victimes de l'amiante** (C.E., 2 octobre 2009, [n° 313394](#)) :

En l'espèce, le tribunal administratif de Nantes avait annulé, dans un jugement du 20 avril 2006, la première décision du ministre du travail du 28 juillet 2005 refusant d'inscrire l'établissement X sur la liste d'établissements prévue par les dispositions de l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998 (cette inscription ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante). Il avait alors enjoint au ministre de procéder à un nouvel examen de la demande. A la suite de cet examen, la seconde décision de refus du ministre s'est fondée sur un motif tiré « *de ce que les opérations de calorifugeage pratiquées au sein de l'établissement ne représentaient pas une part significative de son activité* ». La Cour administrative d'appel de Nantes statuant sur la légalité de cette seconde décision annule le jugement du 8 février 2007 ayant annulé la seconde décision du ministre. Un pourvoi est alors formé par l'Association départementale de défense des victimes de l'amiante. Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi. Il considère que « *la Cour administrative d'appel de Nantes a pu, sans commettre d'erreur de droit et au terme d'une appréciation souveraine des faits, en déduire que ces opérations ne représentaient pas une part significative de l'activité de fonderie de l'établissement, et que ce dernier ne pouvait ainsi être légalement inscrit sur la liste prévue à l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998* ».

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - condition - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#) - établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante** (C.E., 2 octobre 2009, [n° 316820](#)) :

Par jugement du 14 juin 2006, le tribunal administratif de Châlons-en Champagne a annulé la décision du ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement du 7 février 2005 refusant l'inscription de l'établissement X sur la liste des établissements ouvrant droit au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Le ministre a interjeté appel de ce jugement. La Cour administrative d'appel de Nancy a annulé le jugement du tribunal administratif. Elle s'est fondée sur « *ce que les activités de calorifugeage de cet établissement ne pouvaient être regardées comme significatives en termes d'exposition à l'amiante des opérateurs travaillant sur les fours et ceux chargés de la maintenance de l'ensemble des dispositifs précités* ». Un pourvoi est alors formé par M. A, salarié de l'établissement X et le Syndicat CFDT de la Métallurgie Marnaise. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel. Il considère « *qu'en se fondant sur l'intensité de l'exposition à l'amiante de certains salariés pour écarter la qualification d'établissement de calorifugeage à l'amiante au sens des dispositions précitées, la Cour administrative d'appel de Nancy a commis une erreur de droit* ».

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - condition - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#) - établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante - Association départementale de défense des victimes de l'amiante** (C.E., 2 octobre 2009, [n° 316527](#)) :

Par jugement du 29 mars 2007, le tribunal administratif de Nantes a annulé la décision du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité du 10 février 2006 refusant l'inscription de l'établissement X sur la liste des établissements ouvrant droit au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Le ministre a interjeté appel de cette décision. La Cour administrative d'appel de Nantes a fait droit à sa demande. Un pourvoi est alors formé par l'Association départementale de défenses des victimes de l'amiante. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes. Il considère qu'en se fondant sur ce que « *cet établissement ne pouvait être regardé comme ayant pour activité principale la fabrication de matériaux contenant de l'amiante* », la Cour d'appel a commis une erreur de droit.

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - condition - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#) - établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante** (C.E., 2 octobre 2009, [n° 319021](#)) :

Par jugement du 16 novembre 2006, le tribunal administratif de Dijon a annulé la décision du 7 février 2005 du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

refusant d'inscrire l'établissement X sur la liste des établissements ouvrant droit pour les salariés au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Un appel est interjeté. La Cour administrative d'appel de Lyon rejette la requête tendant à l'annulation du jugement du tribunal administratif. Un pourvoi est formé, qui est rejeté par le Conseil d'Etat. Ce dernier considère « *qu'après avoir constaté que, de 1967 à 1997, des opérations consistant à entretenir et renouveler une partie des circuits de fabrication calorifugés à l'amiante ont été réalisées de façon systématique et par un nombre non négligeable de salariés au sein de l'établissement X, la Cour administrative d'appel a pu, sans erreur de droit, et par une appréciation souveraine des faits, [...] estimer qu'une part significative de l'activité de cet établissement était ainsi consacrée à la manipulation de calorifugeages amiantés* ». Par conséquent, « *elle a pu dès lors en déduire que le ministre du travail ne pouvait légalement refuser de faire droit à la demande d'inscription de cet établissement sur la liste prévue par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999* ».

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - condition - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#) - établissement de flocage et de calorifugeage à l'amiante** (C.A.A Marseille, 1^{er} octobre 2009, [n° 07MA03114](#) et [n° 07MA03045](#)) :

Dans ces deux arrêts, le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement avait refusé l'inscription des établissements X et Y sur la liste des établissements susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Le Tribunal administratif de Marseille, saisi dans les deux affaires, avait annulé la décision prise par le ministre. Le ministre a alors interjeté appel de cette décision. La Cour administrative d'appel de Marseille, par deux arrêts du 1^{er} octobre 2009, a rejeté le recours du ministre. Elle considère que dès lors qu'un établissement a eu une part significative de son activité consacrée à la fabrication des matériaux contenant de l'amiante et /ou au calorifugeage de produits amiantés et qu'un nombre significatif de ses salariés ont été exposés à l'amiante, cet établissement doit être inscrit sur la liste des établissements ouvrant droit au dispositif de cessation anticipée d'activité prévu par l'article 41 modifié de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

– **Amiante - maladie professionnelle - décision de prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - rente - action en indemnisation - fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - préjudice personnel - déficit fonctionnel permanent - recours des tiers payeurs - [articles 29 et 31 de la loi du 5 juillet 1985](#) - [article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) - [articles L. 461-1, L. 434-1 et L. 434-2](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-17884](#)) :

M. X est atteint de plaques pleurales occasionnées par l'amiante, maladie dont la CPAM de la Haute Corse a reconnu le caractère professionnel. La CPAM lui a alloué une rente d'un certain montant. Par la suite, M. X a présenté une demande d'indemnisation auprès du FIVA. Celui-ci lui a fait une offre, que M. X n'a pas

acceptée. Ce dernier a alors engagé une action en contestation contre cette décision du fonds et a sollicité une réévaluation de son indemnisation. La Cour d'appel a alloué à la victime une certaine somme en réparation de son déficit fonctionnel permanent, sans pour autant imputer sur ce montant la rente versée par la CPAM. L'arrêt retient « *qu'aucun élément versé aux débats ne démontre que la rente versée à la suite de la maladie professionnelle indemnise un tel préjudice et qu'une double indemnisation de ce préjudice n'est donc pas établie* ». Un pourvoi est alors formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel, « *sauf en ce qu'il a condamné le FIVA à payer la somme de 2000 euros à M. X en réparation de son préjudice physique* ». Elle considère qu'en refusant d'imputer sur la somme réparant le déficit fonctionnel permanent la rente versée par la CPAM, la Cour d'appel a violé les articles 29 et 31 de la loi du 5 juillet 1985, l'article 53 IV de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 et les articles L. 461-1, L. 434-1 et L. 434-2 du Code de la sécurité sociale. En effet, la Cour de cassation rappelle dans son attendu que « *la rente versée à la victime d'une maladie professionnelle, indemnise, d'une part, les pertes de gains professionnels et l'incidence professionnelle de l'incapacité, d'autre part, le déficit fonctionnel permanent. En l'absence de perte de gains professionnels ou d'incidence professionnelle, cette rente indemnise nécessairement le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent* ».

– **Amiante - allocation de cessation anticipée d'activité - [article 41 de la loi du 23 décembre 1998](#)** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-20599](#)) :

M. X, engagé pour le compte de la société Y, en qualité de gérant du restaurant d'entreprise exploité par cette dernière au profit de la société Z, a sollicité l'attribution de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Sa demande ayant été rejetée, il a saisi les juridictions de la sécurité sociale. La Cour d'appel d'Angers a fait droit à sa demande. L'arrêt retient que « *le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité doit être lié à l'activité réelle du salarié au sein de l'un des établissements inscrits sur la liste et non au rattachement juridique du salarié à une autre société, toute autre interprétation conduisant à une discrimination injustifiée entre les salariés* ». Un pourvoi est formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel. Elle considère « *qu'en statuant ainsi alors qu'il résulte de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 que le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est subordonné à la condition expresse que le salarié ait travaillé dans un établissement figurant sur la liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget* », la Cour d'appel a violé ledit article.

– **Tendinopathie de la coiffe des rotateurs - maladie professionnelle - refus de prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-17005](#)) :

Mme Y, salariée de la boulangerie X depuis 1996, a déclaré le 16 mars 2005 une affection de l'épaule droite. Il a sollicité la reconnaissance de celle-ci à titre de maladie professionnelle. La CPAM de l'Ariège a refusé la prise en charge de cette affection au titre du tableau n° 57A. Mme Y a alors saisi la juridiction de sécurité

sociale. La Cour d'appel de Toulouse l'a déboutée de sa demande. L'arrêt retient que « si, dans le cadre de son activité de livraison de pain, Mme Y doit régulièrement manipuler le hayon et la porte latérale du véhicule mis à sa disposition par son employeur, le compte rendu établi conjointement par ce dernier et sa salariée démontre que ces gestes ne constituent pas la plus grande partie de sa posture de travail consacrée par ailleurs au service des clients, à la conduite du véhicule, ainsi qu'au changement et déchargement de celui-ci ». Un pourvoi est formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel. Elle considère « qu'en statuant ainsi, alors que, selon le tableau 57 A annexé à l'article R. 461-3 du Code de la sécurité sociale, est présumée maladie professionnelle la tendinopathie de la coiffe des rotateurs lorsque le salarié effectue des travaux comportant habituellement des mouvements répétés ou forcés de l'épaule, et que le caractère habituel de ces travaux n'implique pas qu'ils constituent une part prépondérante de l'activité du salarié », la Cour d'appel a violé les articles L. 461-2 et R. 461-3 du Code de la sécurité sociale.

– **Maladie professionnelle - décision de prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - contestation - article [D. 242-6-3](#) du Code de la sécurité sociale - [arrêté du 16 octobre 1995](#) - employeur successif - compte spécial (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-19273](#)) :**

Mme X, salariée de la société Y depuis le 22 février 1999, a déclaré le 31 mars 2005 une affection du canal carpien constatée pour la première fois le 5 mars 2005. Cette affection a été prise en charge au titre du tableau n° 57 des maladies professionnelles, par la CPAM du Languedoc Roussillon. Cette dernière a retenu le montant des prestations afférentes pour le calcul du taux de cotisations accidents du travail de la société. La société Y a alors saisi la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail d'un recours. La Cour a fait droit à la demande de la société Y. L'arrêt retient que « Mme X fait état dans sa déclaration de maladie professionnelle d'emplois antérieurs l'ayant exposé au risque, pendant une durée de seize ans et huit mois minimum, et en déduit qu'il apparaît suffisamment démontré que Mme X a pu être exposé au risque dans une autre entreprise que la société Y, sans que l'on puisse déterminer celle au sein de laquelle l'exposition a provoqué la maladie, dont les conséquences financières doivent ainsi être imputées au compte spécial mentionné à l'article D. 242-6-3 du Code de la sécurité sociale ». Un pourvoi est formé. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification. Elle considère « qu'en statuant ainsi, alors que la maladie doit être considérée comme contractée au service du dernier employeur chez lequel la victime a été exposée au risque, avant sa constatation médicale, sauf à cet employeur à rapporter la preuve contraire, la Cour nationale, qui n'a pas constaté que la société rapportait une telle preuve, a violé les articles D. 242-6-3 du Code de la sécurité sociale et 2, 4° de l'arrêté interministériel du 16 octobre 1995 pris pour son application ».

– **Amiante - maladie professionnelle - fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - indemnisation - préjudice extrapatrimonial - faute inexcusable de l'employeur - [article 40 de la loi du 23 décembre 1998](#) - régime spécial des**

personnels des industries électriques et gazières (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-21009](#)) :

M. X, ayant exercé son activité professionnelle au sein d'EDF de 1970 à 1987, a bénéficié de la prise en charge, au titre du régime des industries électriques et gazières, d'une affection relevant du tableau n° 30B des maladies professionnelles. Le FIVA, ayant indemnisé de ses préjudices extrapatrimoniaux M. X, a saisi la juridiction de sécurité sociale d'une action en reconnaissance de faute inexcusable à l'encontre d'EDF aux fins d'obtenir le remboursement des sommes versées à M. X. La Cour d'appel d'Orléans a déclaré l'action du FIVA irrecevable. Le FIVA se pourvoit alors en cassation. Son pourvoi est rejeté. La Cour de cassation rappelle que « *selon l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998, dans sa rédaction antérieure à l'article 102 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, seule applicable devant la Cour de cassation, les effets de la réouverture des délais sont limités aux victimes affiliées au régime général au titre des accidents du travail et au régime des accidents du travail des salariés agricoles* ». Or, en l'espèce, « *l'arrêt constate que M. X relève du régime spécial des personnels des industries électriques et gazière* ». La Cour de cassation considère que « *par ces seuls motifs substitués à ceux critiqués, la décision se trouve légalement justifiée* ».

– **Maladie professionnelle - faute inexcusable de l'employeur - recours des tiers payeurs - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - préjudice personnel - articles [L. 452-3](#) et [D. 242-6-3](#) du Code de la sécurité sociale.** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 07-21430](#)) :

M. X, ancien salarié de la société Y, devenue Z, a déclaré une maladie en 2002, prise en charge au titre de la législation professionnelle par la CPAM de l'Ain. Après son décès survenu en 2003, son épouse et son fils ont saisi la juridiction de sécurité sociale d'une demande d'indemnisation complémentaire en raison de la faute inexcusable de l'employeur. La Cour d'appel de Lyon a infirmé le jugement du tribunal de sécurité sociale de Bourg-en-Bresse « *en ce qu'il avait déclaré la CPAM fondée à recouvrer auprès de la société les sommes allouées en réparation des préjudices personnels de la victime et de ses ayants droit* ». L'arrêt retient que « *l'inscription au compte spécial des conséquences de la maladie professionnelle de M. X a pour effet d'exclure toute action de la caisse en vue du recouvrement des sommes dont elle a fait ou fera l'avance dès lors que cette inscription comprend les conséquences tant de la maladie professionnelle que de la faute inexcusable* ». Un pourvoi est formé par la CPAM. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel. Elle considère « *qu'en statuant ainsi, alors que même dans le cas où les dépenses afférentes à la maladie professionnelle sont inscrites au compte spécial en application des dispositions de l'arrêté ministériel du 16 octobre 1995, la CPAM, tenue de faire l'avance des sommes allouées, conserve contre l'employeur dont la faute inexcusable a été retenue le recours prévu par l'article L. 452-3 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale* ». Par conséquent, la Cour d'appel en statuant comme elle l'a fait, a violé les articles L. 452-3 et D. 242-6-3 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale.

– **Amiante - maladie professionnelle - faute inexcusable - décision de prise en charge - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - opposabilité - employeur - autorité de la chose jugée** (Cass. Civ., 2^{ème}, 8 octobre 2009, [n° 08-16918](#)) :

M. X, salarié de la société Y, a déclaré le 28 novembre 1994 à la CPAM de l'Ain être atteint d'une affection due à l'inhalation de poussières d'amiante. Cette affection a été prise en charge au titre du tableau n° 30 des maladies professionnelles par la CPAM. En janvier 1996, M. X a engagé une action en reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur. Parallèlement, ce dernier a, avec son assureur, saisi la juridiction de sécurité sociale d'une contestation du caractère professionnel de l'affection déclarée par M. X. Par un arrêt du 8 février 2000 *« une cour d'appel a dit que la maladie professionnelle inscrite au tableau n° 30 dont M. X est atteint était due à la faute inexcusable de son employeur »*. La même cour d'appel avait jugé en 1999 que la décision de prise en charge par la CPAM était opposable à la société. Cet arrêt fut cassé et annulé par un arrêt de la Cour de cassation du 25 janvier 2001. La Cour d'appel de Lyon, dans un arrêt de mai 2008, a jugé qu'à l'égard de la société et de son assureur, la maladie de M. X n'était pas imputable à son activité professionnelle. L'arrêt retient que *« l'exposition de M. X à l'amiante pendant son activité professionnelle n'est établie de manière certaine que durant deux mois en 1991, des attestations venant contredire l'hypothèse d'une exposition antérieure, et que l'expert désigné en la cause écarte la relation entre la maladie et l'exposition professionnelle de M. X, en raison du court délai d'apparition de la maladie après l'exposition de 1991, de la brièveté de l'exposition et de la présence d'un tabagisme important »*. La CPAM a alors formé un pourvoi en cassation. Elle reproche à l'arrêt d'avoir statué ainsi alors que *« la décision qui consacre la faute inexcusable de l'employeur à l'égard d'un salarié atteint d'une maladie reconnaît nécessairement le caractère professionnel de cette affection ; qu'une telle décision a autorité de chose jugée dans les rapports entre l'employeur et la caisse s'ils étaient tous deux parties à l'instance »*. Elle fait, par ailleurs, grief à l'arrêt d'avoir affirmé que la preuve n'est pas rapportée du caractère habituel de l'exposition de M. X aux poussières d'amiante, *« sans expliquer quel élément de fait lui permettait de dénier l'existence d'une exposition avérée et reconnue par plusieurs rapports et attestations »*. La Cour de cassation rejette le pourvoi. Elle considère concernant la première branche du moyen que *« les rapports entre la caisse et la victime étant indépendants des rapports entre la caisse et l'employeur, la cassation de l'arrêt du 23 mars 1999 a entraîné l'annulation de l'arrêt du 8 février 2000, dans ses effets entre l'employeur et la caisse, cette décision se trouvant dans un lien de dépendance nécessaire avec l'arrêt cassé sur l'opposabilité à l'employeur de la décision de reconnaître le caractère professionnel de l'affection de M. X »*. Elle en déduit que la Cour d'appel, *« qui n'était saisie que de cette seule question, n'a pas méconnu l'autorité de la chose précédemment jugée »*. Enfin, elle considère que les trois autres branches du moyen ne sont pas fondées. En effet, la Cour d'appel, au vu des éléments de preuve qui lui étaient soumis, a pu déduire que *« la preuve du caractère habituel de l'exposition de M. X aux poussières d'amiante pendant son activité professionnelle n'était pas rapportée et qu'il n'était pas établi que l'affection de ce dernier avait été directement causée par son travail »*.

Doctrine :

– **Environnement - déchet - santé - maire - pouvoir de police - article [L.541-3](#) du Code de l'environnement** (Note sous C.A.A. Bordeaux, 18 mai 2009, [n°08BX02028](#),) (Revue Environnement, octobre 2009, n° 10, commentaire n°113) :

Note de D. Gillig sous l'arrêt de la Cour d'appel administrative de Bordeaux du 18 mai 2009 intitulée : « *Concours de police des déchets et de police des installations classées* ». En l'espèce, la Cour d'appel énonçait que la seule circonstance que des déchets soient stockés sur le site d'une ancienne installation classée ne fait pas obstacle aux mesures destinées à en assurer l'élimination prises par l'autorité administrative dans le cadre des pouvoirs de police spéciale qu'elle tient des dispositions de l'article L. 541-3 du Code de l'environnement. Si l'auteur souligne le classicisme d'une décision s'appuyant sur une jurisprudence bien établie, il relève que le maire d'une commune a également compétence pour faire procéder à l'enlèvement de déchets sur le site d'une installation classée quand bien même ces derniers seraient le fruit de la production de cette dernière. Il précise en outre que le préfet est habilité, en vertu de ses pouvoirs de police des déchets, à prendre sur le fondement des dispositions de l'article L.541-3 du Code de l'environnement, « *les mesures propres à prévenir toute atteinte à la santé de l'homme et à l'environnement* ». L'auteur souligne que cette compétence n'est toutefois que subsidiaire et qu'elle ne peut s'exercer « *qu'en cas de carence de l'autorité de police municipale dans l'exercice des pouvoirs qui lui sont conférés au titre de la police des déchets* ».

– **Eolienne - sécurité publique - risque - permis de construire - article [R. 111-2](#) du Code de l'urbanisme** (Note sous C.E., 27 juillet 2009, [n°317060](#)) (Revue Environnement, octobre 2009, n° 10, commentaire n°110) :

Note de M. Sousse sous l'arrêt du Conseil d'Etat du 27 juillet 2009 intitulée : « *Implantation d'éoliennes présentant un risque pour la sécurité publique* ». En l'espèce, le Conseil d'Etat énonçait qu'un préfet ne peut valablement accorder un permis de construire des éoliennes si les sites d'implantation ne satisfont pas aux exigences de sécurité publique énoncées par l'article R. 111-2 du Code de l'urbanisme, en matière de dimension, d'éloignement des habitations et de topographie. L'auteur souligne que si l'implantation d'éoliennes donne lieu à un important contentieux sur la base de l'atteinte au paysage, « *elle est plus rarement évoquée* » en matière de sécurité publique. Il rappelle l'évolution de l'application de l'article R. 111-2 du Code de l'urbanisme et souligne que ce dernier est désormais applicable à la construction d'éoliennes, en raison des « *risques liés aux fonctionnements* » de ces ouvrages s'ils sont implantés à proximité d'habitations.

– **Environnement - droit communautaire - [Directive n° 2003/87/CE](#) - contentieux - [Communication de la Commission du 18 novembre 2008](#)** (Recueil Dalloz 2009, n°35, p. 2353) :

La Recueil Dalloz a publié un dossier intitulé : « *Contentieux communautaire de l'environnement* ». Ce dossier comporte les articles suivants :

- « *La mise en œuvre du droit communautaire de l'environnement : la communication du 18 novembre 2008 de la commission* », de M. Clément, p. 2354 ;
- « *La jurisprudence communautaire relative à la directive 2003/87* », de P. Kromareck, p. 2357 ;
- « *Contentieux communautaire de l'environnement : interférences dans un dialogue laborieux* », de P. Thieffry, p. 2369.

- **Charte de l'environnement - applicabilité directe - principe de précaution - constitutionnalisation - organisme génétique modifié (OGM) - principe de participation** (AJDA, 12 octobre 2009, p. 1818) :

Article de S.-J. Lieber et D. Botteghi intitulé : « *Le Conseil d'Etat et la Charte de l'environnement : de prudentes avancées* ». Les auteurs considèrent que la constitutionnalisation de la Charte de l'environnement a modifié l'ordonnement juridique. Ils considèrent que l'entrée de la Charte de l'environnement dans le bloc de constitutionnalité soulève de nombreuses interrogations concernant notamment l'invocabilité directe des dispositions de cette dernière n'ayant pas fait l'objet de mesures d'application, ou encore de la portée du principe de précaution. Après avoir opéré une analyse de l'application de la théorie de l'abrogation implicite et de la théorie de la loi « écran » à la Charte de l'environnement, les auteurs s'interrogent sur l'invocabilité directe de l'article 7 de la Charte en l'absence de texte d'application. Ils relèvent ainsi que l'invocabilité directe cet article, au sein duquel est énoncé le principe de participation, demeure une question ouverte, mais soutiennent qu'une absence d'invocabilité directe s'inscrirait « *d'avantage en cohérence avec les jurisprudences du Conseil d'Etat* ». Concernant le principe de précaution, les auteurs analysent la problématique de son invocabilité en dehors du strict domaine de l'environnement suite à sa constitutionnalisation. Ils soulignent que la position actuelle du Conseil d'Etat écartant l'invocabilité du principe de précaution pour des problématiques non environnementales pourra difficilement perdurer en raison « *du champ très large que peut recouvrir la notion d'environnement dont la plasticité pourrait bien conduire à faire disparaître, à terme, l'idée de législations distinctes appliquée au principe de précaution* ».

- **Accident du travail - maladie professionnelle - inégalité - incohérence - amiante - faute inexcusable de l'employeur - Cass. Soc., 28 février 2002, [n° 99-18389](#) - règle de forfait - C.E., 4 juillet 2003, [n° 211106](#) - nomenclature Dintilhac - recours des tiers payeurs** (La semaine Juridique Social, n° 42, 13 octobre 2009, act. 495) :

Article de P. Sargos intitulé « *Accidents du travail et maladies professionnelles : le chaos des incohérences et des inégalités* ». Dans cet article, l'auteur rappelle que

concomitamment à la publication du rapport de la Cour des comptes intitulé « *La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles* », « *les deux ordres de juridiction ont apporté des modifications importantes à leur doctrine jurisprudentielle sur certains points* ». L'auteur fait ici référence aux « arrêts amiante » de la Cour de cassation qui ont bouleversé la notion de faute inexcusable et à « l'arrêt du formol » rendu par le Conseil d'Etat le 4 juillet 2003. Selon l'auteur, « *ces évolutions ont leur revers en ce sens qu'elles sont circonscrites dans les limites de l'office du juge, ont créé des déséquilibres et accentué les inégalités entre les victimes de faits identiques* ». L'auteur poursuit en invoquant les « *inégalités [qui] se sont fortement renforcées avec, d'une part, la question de la nomenclature des préjudices indemnifiables, d'autre part, la réforme du recours des tiers payeurs, et plus particulièrement des caisses de sécurité sociale, issue de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006* ». L'auteur en conclut que « *plus que jamais une réforme législative du régime des accidents du travail et des maladies professionnelles s'impose, sauf à faire du chaos la vertu de ce régime* ».

– **Recours des tiers payeurs - [article 25 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006](#) - rente d'accident du travail - allocation temporaire d'invalidité - préjudice personnel de déficit permanent - imputation - étendue - réparation (Cass. Civ., 2^{ème}, 11 juin 2009, [n° 08-17581](#), [n° 07-21768](#), [n° 07-21816](#), [n° 08-11853](#), [n° 08-16089](#))** (La semaine Juridique Social, n° 42, 13 octobre 2009, 1469) :

Note de D. Asquinazi-Bailleux, sous les arrêts de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 11 juin 2009, intitulée « *En l'absence de perte de gains, la rente indemnise nécessairement un préjudice personnel* ». Selon l'auteur, « *par cinq arrêts de principe, la deuxième chambre civile ajoute une nouvelle pierre à la construction jurisprudentielle des recours des tiers payeurs* » en ce qu'elle juge « *qu'en l'absence de perte de gains, la rente accident du travail indemnise partiellement un préjudice personnel* ». Dans cet article, l'auteur commence par vérifier « *que l'objet de la rente d'accident du travail est de réparer partiellement un préjudice personnel* », avant de s'interroger sur l'étendue de l'imputation de cette rente sur la réparation allouée à la victime.

– **Sécurité - santé - travailleur - équipement de travail - utilisation - [directive 2009/104/CE](#) - [directive 89/391/CEE](#) - prescription minimale - obligation - employeur** (La semaine Juridique Social, n° 42, 13 octobre 2009, act. 499) :

Article de la rédaction intitulé « *Prescriptions minimales pour l'utilisation par les travailleurs des équipements de travail* ». Cet article revient sur la directive 2009/104/CE du 16 septembre 2009 qui, « *dans un souci de clarté et de rationalité* », a codifié la directive 89/655/CEE du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs d'équipements de travail. Cet article dresse l'inventaire des obligations, telles que précisées par la directive, qui pèsent sur l'employeur.

– **Contrat - responsabilité - amiante - obligation d'information - vendeur** (Note sous Cass. civ. 3^{ème}, 23 septembre 2009, [n° 08-13373](#)) (Rec. Dalloz, n° 35, 2009, p. 2343) :

Note de G. Forest intitulée : « *Amiante : portée de l'obligation d'information du vendeur* ». En l'espèce, la Cour de cassation décide que la législation relative à la protection de la population contre les risques sanitaires liés à une exposition à l'amiante dans les immeubles bâtis, n'oblige pas le propriétaire de l'immeuble à transmettre à l'acquéreur l'état établi par le professionnel, à moins qu'il ne se soit engagé à livrer un immeuble exempt d'amiante. L'auteur rappelle que l'exécution de l'obligation d'information relative à l'amiante « *a pour vocation de procurer aux parties une certitude sur la présence du toxique en question. Cette certitude doit normalement éluder la question du vice caché* ». Cependant, l'obligation d'information est une obligation « *médiate* ». Ainsi, « *à défaut pour le vendeur de posséder les compétences techniques nécessaires, l'information qu'il délivre ne procède pas de ses vérifications propres, mais de la prestation exécutée par un professionnel certifié* ». L'auteur s'interroge sur le point de savoir si, à défaut du vice caché, le vendeur aurait pu se voir reprocher un défaut de conformité.

Divers :

– **Onde électromagnétique - seuil d'exposition - précaution - effet sanitaire - Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) - question écrite n° 45789** (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du 13 octobre 2009 de la ministre de la santé et des sports à une question parlementaire relative aux seuils d'exposition aux champs magnétiques et à leur abaissement. La ministre rappelle qu'à ce jour, l'expertise nationale et internationale a infirmé l'existence de risques pour la santé humaine du fait de l'exposition aux ondes électromagnétiques émanant d'antennes relais. Toutefois, elle précise qu'à la demande du Premier Ministre, une table ronde dénommée « *Radiofréquences, santé, environnement* » a été organisée en collaboration avec le secrétaire de l'écologie et la secrétaire d'Etat chargée de la prospective et de l'économie numérique. Réunissant l'ensemble des acteurs concernés, cette table ronde a permis au gouvernement de retenir plusieurs orientations telles un renforcement de l'information et des dispositions de précaution à l'égard des téléphones mobiles mais également la mise en place d'expérimentations sur la baisse des seuils d'expositions ainsi qu'une refonte du dispositif de contrôle des expositions. La ministre de la santé ajoute qu'un comité composé des acteurs de la table ronde se réunira afin de veiller à la mise en œuvre de ces actions conformément aux recommandations de l'AFSSET.

– **Onde électromagnétique - santé - radiofréquence - expertise - Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) - effet sanitaire - recommandation** (www.afsset.fr) :

[Avis](#) de l'Afsset du 15 octobre 2009 intitulé : « *Les radiofréquences : mise à jour de l'expertise relative aux radiofréquences* ». Ce rapport démontre, sur la base d'une dizaine d'études expérimentales jugées incontestables par l'Afsset, qu'une exposition à des radiofréquences est susceptible d'induire des modifications cellulaires. Toutefois, selon le groupe de travail, l'état des connaissances scientifiques et techniques ne permet pas d'établir l'existence d'effets dommageables pour la santé résultant d'une exposition à des ondes électromagnétiques à des niveaux non thermiques. Face à l'incertitude quant aux effets des radiofréquences sur la santé, l'Afsset recommande de développer la recherche en privilégiant notamment les études épidémiologiques, les études sur la reproduction ainsi que les études sur le développement de l'enfant. Elle propose également de réduire les expositions du public en affichant de manière intelligible le débit d'absorption spécifique sur les téléphones mobiles ou encore en établissant une cartographie des sites émettant des niveaux d'ondes électromagnétiques élevés.

– **Essai nucléaire - conséquence sanitaire - droit à l'indemnisation -maladie radio-induite - réparation - victime - ministre de la défense** (www.assemblee-nationale.fr) :

[Projet de loi](#) relatif à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français modifié par le Sénat en première lecture le 14 octobre 2009. Ce projet de loi visant à faciliter l'indemnisation des personnes atteintes de maladies radio-induites provoquées par les essais nucléaires réalisés par la France au Sahara et en Polynésie française entre 1960 et 1996 a été modifié par le Sénat. Concernant la preuve par la victime de son séjour sur un site d'essai nucléaire, il est désormais prévu que cette dernière bénéficiera du concours du ministère de la défense et des administrations concernées. En outre, le Sénat introduit une présomption de causalité pour les victimes ayant séjourné à proximité d'un site d'essai nucléaire entre 1960 et 1996 et souffrant d'une pathologie radio-induite. Sont également insérées dans le dispositif d'indemnisation, des dispositions visant à permettre à la victime d'être assistée par la personne de son choix, une prolongation des délais de réponse du comité d'indemnisation en cas d'expertise médicale ainsi que les modalités de nominations des membres de ce dernier.

– **Environnement - nuisance - développement durable - Observatoire national de la délinquance (OND) - infraction - Office national de la chasse et de la faune sauvage (ONCFS) - Office national de l'eau et des milieux aquatiques (ONEMA)** (www.inhes.interieur.gouv.fr) :

Premier bilan statistique global des infractions au droit de l'environnement publié en octobre 2009 par l'OND. Sur la base des infractions constatées par la Gendarmerie nationale, l'ONCFS et l'ONEMA, ce rapport dresse un panorama complet des statistiques des infractions au droit de l'environnement pour la période 2006-2008. L'OND constate que les quatre postes infractionnels principaux sont matérialisés par

les atteintes à la faune et à la flore, les atteintes aux milieux (eau, milieux aquatique, air, atmosphère), le non-respect des règles administratives et/ou préventives ainsi que les nuisances sonores et visuelles. L'OND note une hausse globale des infractions entre 2006 et 2008 mais souligne que cette augmentation est marquée par une forte hétérogénéité. En effet, si les infractions sur les nuisances sonores et visuelles et le non - respect des règles administratives et /ou préventives connaissent une baisse constante, les infractions à la faune et la flore sont en légères hausse et celles constitués par les atteintes aux milieux ont augmenté de 120.3 %.

– **Médecine nucléaire - radioprotection - Agence de sûreté nucléaire (ASN) - inspection - Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)** (www.asn.fr):

Etat des lieux national de la radioprotection en médecine nucléaire, publié par l'ASN le 8 octobre 2009 consécutivement à la réalisation de 94 inspections au sein de services de médecine nucléaire, qui a pour but de dresser un panorama de la radioprotection en France en s'appuyant sur l'étude de cinq grands thèmes. Sont notamment abordés la radioprotection des patients, la radioprotection des travailleurs, les contrôles réglementaires de radioprotection, la gestion des déchets et des effluents contaminés et la déclaration des événements significatifs en radioprotection. Le rapport révèle que si dans l'ensemble, les exigences réglementaires en matière de radioprotection des patients sont généralement prises en compte par les services de médecine nucléaire inspectés, celles relatives à la radioprotection des travailleurs ne sont pas suffisamment respectées. En effet, selon l'ASN, les analyses des postes de travail et les évaluations des risques ne sont généralement pas réalisées ou sont incomplètes. De même, selon le groupe de travail, les résultats dosimétriques des travailleurs sont insuffisamment exploités et le suivi médical des travailleurs « occasionnels » est rarement assuré. Le rapport précise toutefois que ces carences doivent être relativisées sachant qu'aucun dépassement de la limite annuelle d'exposition aux radiations ionisantes chez les travailleurs n'a été constaté.

– **Rayonnement ionisant - personnel militaire et civil - centre d'expérimentation Pacifique (CEP) - Polynésie française - réglementation applicable - [décret n° 66-450 du 20 juin 1966](#) - [décret n° 67-228 du 15 mars 1967](#) - [question écrite n° 09734](#) (www.senat.fr) :**

[Réponse](#) du Ministère de la défense du 15 octobre 2009, à une question sur la réglementation applicable en matière de normes et méthodes de protection contre les rayonnements ionisants à l'égard des personnels militaires et civils ayant séjourné et travaillé sur les sites d'expérimentation nucléaires des atolls de Moruroa, de Fangataufa et de Hao en Polynésie française entre le 2 juillet 1966 et le 31 décembre 1974. Selon le Ministère de la défense, « *dès leur entrée en vigueur, le décret n° 66-450 du 20 juin 1966 relatif aux principes généraux de protection contre les rayonnements ionisants et le décret n° 67-228 du 15 mars 1967 portant règlement public relatif à la protection des*

travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants, étaient applicables à l'ensemble des personnels civils de tous statuts, locaux ou métropolitains, et militaires du centre d'expérimentation du Pacifique (CEP) implanté en Polynésie ». Il assure que, par la suite, « *les évolutions réglementaires nationales ultérieures ont été appliquées aux personnels du CEP lors de leur entrée en vigueur* ».

– **Exposition - antenne relai - Institut national de veille sanitaire (Invs) - rapport - cancer pédiatrique - (www.invs.sante.fr) :**

Rapport de l'Institut de veille sanitaire intitulé : « *Investigation d'une suspicion d'agrégat de cancers à Draveil (Essonne)* ». Ce rapport fait suite à la saisine de la Direction des affaires sanitaires et sociales de l'Essonne et de la cellule interrégionale d'épidémiologie d'Ile de France par le maire de la commune de Draveil en Essonne. Plusieurs cas de cancers chez des élèves et des parents d'élèves scolarisés dans les écoles de la commune, au cours des dernières années ont amené la municipalité à s'interroger sur une possible exposition environnementale. Ce rapport, réalisé sur la base d'expertises menées entre 2000 et 2008 ne relève pas de surincidence de cancers pédiatriques. De même, il révèle une absence d'agrégat spatio-temporel de cancers pédiatriques sur la commune de Draveil. Enfin, le rapport précise qu'aucune source d'exposition environnementale susceptible d'exposer plus particulièrement les habitants de la commune n'a été identifiée, relevant par ailleurs que l'ensemble des valeurs de champs magnétiques émanant des antennes relais est très inférieur aux normes en vigueur.

– **Risque professionnel - exposition aux poussières de bois - risque cancérigène - protection - amélioration - réglementation - tableau des maladies professionnelles relatives aux poussières de bois - révision - question écrite n° 08953 (www.senat.fr) :**

Réponse du Ministère du travail du 1^{er} octobre 2009, à une question, posée à l'origine à la ministre de la santé et des Sports, concernant les mesures que le Gouvernement entend prendre afin d'obliger les employeurs à respecter la législation, à mettre en place de réelles mesures de prévention et les études qu'il entend mener afin que l'ensemble des maladies liées aux poussières de bois soient reconnues. Le Ministère du travail rappelle, dans sa réponse, les mesures prises par le Gouvernement en matière de prévention des risques professionnels en général. Il confirme que « *pour un nombre important d'entreprises, le risque cancérigène des poussières de bois est encore insuffisamment identifié et maîtrisé* ». Par ailleurs, afin d'améliorer le respect de la réglementation, un plan d'action a été mise en place afin, d'une part, de sensibiliser et d'informer les employeurs et les salariés et d'autre part, d'apporter « *un appui technique aux petites entreprises en matière d'évaluation des risques, de conception, de contrôle et de maintenance des installations* ». Concernant plus précisément la question de la révision du tableau des maladies professionnelles relatives aux poussières de bois, le Ministère précise « *qu'un rapport scientifique doit être élaboré afin de déterminer si les données à l'appui d'un lien de causalité entre ces*

maladies et une activité professionnelle sont suffisamment solides et concordantes pour leur faire bénéficier de la présomption d'imputabilité au travail ».

- **Risque professionnel – jeune travailleur – éducation** (www.osha.europa.eu) :

Rapport publié par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail intitulé : « *Preventing risks to young workers: policy, programmes and workplace practices* ». Selon ce rapport, qui complète le rapport intitulé « *Young workers – Facts and figures* », les jeunes travailleurs seraient plus exposés aux risques professionnels tant physiques que psycho-sociaux, et ce pour plusieurs raisons. Afin de lutter contre ces risques, le présent rapport préconise la mise en place d'une double stratégie : une éducation des jeunes aux risques tout au long de leur scolarité et une formation continue sur les questions de santé et sécurité au travail à compter de leur entrée sur le marché du travail.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

- **Produit d'origine animale – Chine – importation – protection – décision 2002/994/CE du 20 décembre 2002** (J.O.U.E. du 31 octobre 2009) :

Décision de la Commission 2009/799/CE du 29 octobre 2009 modifiant la décision 2002/994/CE relative à certaines mesures de protection à l'égard des produits d'origine animale importés de Chine.

- **Rage – vaccination – carnivore domestique – laboratoire – habilitation – Danemark – décision 2004/233/CE** (J.O.U.E du 23 octobre 2009) :

Décision de la Commission 2009/779/CE du 22 octobre 2009 modifiant l'annexe I de la décision 2004/233/CE en ce qui concerne les mentions relatives au Danemark figurant dans la liste des laboratoires autorisés à contrôler l'efficacité de la vaccination contre la rage chez certains carnivores domestiques.

- **Salmonelle – programme national – dinde** (J.O.U.E du 21 octobre 2009) :

[Décision de la Commission 2009/771/CE du 20 octobre 2009](#) portant approbation de certains programmes nationaux de contrôle des salmonelles chez les dindes.

– **Embryon - animal domestique - collecte - production - [décision 2008/155/CE](#) - pays tiers** (J.O.U.E. du 16 octobre 2009) :

[Décision de la Commission 2009/759/CE du 15 octobre 2009](#) prise par la Commission européenne modifiant la décision 2008/155/CE en ce qui concerne sa période d'applicabilité et certaines équipes de collecte et de production d'embryons en Australie, au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis d'Amérique.

– **Tuberculose bovine - Ecosse - [décision 2003/467/CE](#)** (J.O.U.E du 16 octobre 2009) :

[Décision de la Commission 2009/761/CE du 15 octobre 2009](#) modifiant la décision 2003/467/CE en ce qui concerne la déclaration selon laquelle l'Ecosse est officiellement indemne de tuberculose bovine.

Législation interne :

– **Fièvre catarrhale - mouton - mesure financière - [arrêté du 10 décembre 2008](#)** (J.O. du 1 novembre 2009) :

[Arrêté du 28 octobre 2009](#) pris par le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat modifiant l'arrêté du 10 décembre 2008 fixant les mesures financières relatives à la fièvre catarrhale du mouton.

– **Fièvre catarrhale - mouton - mesure technique** (J.O. du 1 novembre 2009) :

[Arrêté du 28 octobre 2009](#) pris par le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche fixant les mesures techniques relatives à la fièvre catarrhale du mouton.

– **Fièvre catarrhale - mouton - zone réglementée** (J.O. du 1 novembre 2009) :

[Arrêté du 28 octobre 2009](#) pris par le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche définissant les zones réglementées relatives à la fièvre catarrhale du mouton.

– **Installation classée - incinération - animal de compagnie - cadavre** (J.O. du 23 octobre 2009) :

[Arrêté du 17 juillet 2009](#) pris par le ministre d'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat relatif aux prescriptions applicables aux installations classées soumises à autorisation sous la rubrique 2740 (incinération de cadavres d'animaux de compagnie).

– **Clinique vétérinaire - convention collective - avenant - extension** (J.O. du 22 octobre 2009) :

[Arrêté du 14 octobre 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 des cabinets et cliniques vétérinaires (n° 1875).

– **Médicament vétérinaire - autorisation - mise sur le marché - octroi** (J.O. du 29 octobre 2009) :

[Avis du 29 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à l'octroi d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

– **Médicament vétérinaire - autorisation - mise sur le marché - suspension** (J.O. du 27 octobre 2009) :

Avis [n° 112](#), [n° 113](#), [n° 115](#), [n° 116](#), [n° 117](#) du 27 octobre 2009 relatifs à une suspension d'autorisation de mise sur le marché de médicament vétérinaire.

Divers :

– **Fièvre - H1N1 - peste - influenza - maladie de Newcastle** (www.oie.int) :

Messages d'alerte de l'Organisation mondiale de la santé animale du 27 octobre 2009 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

- [Rapport de notification](#) de la fièvre de la Vallée du Rift en Afrique du Sud.
- [Rapport de notification](#) de la peste de l'écrevisse (*Aphanomyces astaci*) en Italie.
- [Rapport de notification](#) de H1N1 pandémique 2009 au Canada.
- [Rapport de notification](#) de la métrite contagieuse équine au Royaume-Uni.
- [Rapport de notification](#) de l'influenza A (H3N2) au Danemark.

- [Rapport de notification](#) de la fièvre catarrhale du mouton en Tunisie.
- [Rapport de notification](#) de la maladie de Newcastle en Suisse.
- [Rapport de notification](#) de l'influenza H1N1 pandémique (2009) au Japon.

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation européenne :

- **Sécurité sociale - coordination - [règlement n° 883/2004](#) - modification** (J.O.U.E. du 30 octobre 2009) :

Règlements [n° 987/2009](#) et [n° 988/2009](#) du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 modifiant le règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, et déterminant le contenu de ses annexes.

Législation interne :

- **Donnée à caractère personnel - traitement - contrôle - résidence - régime général - assurance maladie - caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** (J.O. du 28 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1305 du 26 octobre 2009](#) autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle de la condition de résidence des ressortissants du régime général d'assurance maladie. Ce décret autorise la création par la CNAMTS d'un traitement de données à caractère personnel intitulé « Contrôle de la condition de résidence par l'assurance maladie ».

- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - conseil - composition** (J.O. du 27 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1294 du 26 octobre 2009](#) relatif à la composition des conseils des caisses primaires d'assurance maladie et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

- **Protection complémentaire - santé - ressources - plafond** (J.O. du 18 octobre 2009) :

[Décret n° 2009-1251 du 16 octobre 2009](#) relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

– **Caisse d'assurance maladie - régime général - élection - conseil** (J.O. du 1 novembre 2009) :

[Arrêté du 31 octobre 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 dates des élections aux conseils des caisses d'assurance maladie du régime général.

– **Prestation - produit - hospitalisation - article [L.162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale - article [L.165-1](#) du Code de la sécurité sociale - [arrêté du 2 mars 2005](#)** (J.O. du 30 octobre 2009) :

[Arrêté du 23 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports pris 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 mentionnées à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

– **Spécialité pharmaceutique - prestation - hospitalisation - article [L.162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 30 octobre 2009) :

[Arrêté du 26 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale.

– **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - assurance maladie - conseil - institutions** (J.O. du 29 octobre 2009) :

[Arrêté du 28 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au sein du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

– **Assurance maladie - régime général - contribution d'équilibre - Etablissement national des invalides de la marine** (J.O. du 24 octobre 2009) :

[Arrêté du 30 septembre 2009](#) pris par le ministre de l'Etat, ministre de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer, en charge des technologies vertes et des négociations sur le climat, 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 le montant de la contribution d'équilibre versée par le régime général de l'assurance maladie à l'Etablissement national des invalides de la marine pour l'année 2008.

– **Spécialité pharmaceutique - remboursement - assuré social** (J.O. des 23, 27 et 30 octobre 2009) :

Arrêtés [n° 22](#), [n° 25](#), [n° 45](#) du 16 octobre 2009 , [n° 18](#) et [n° 28](#) du 19 octobre 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 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) - ressources - assurance maladie** (B.O. Santé - Protection sociale - Solidarités, n° 2009/9, du 15 octobre 2009, p. 60) :

[Arrêté du 18 août 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris au titre de l'activité déclarée au mois de juin 2009. La somme à verser par la caisse primaire d'assurance maladie de Paris est arrêtée à 264.751.158,82 €.

– **Liste d'aptitude - inscription - agent de direction - organisme de sécurité sociale - [arrêté du 25 septembre 1998](#)** (J.O. du 21 octobre 2009) :

[Arrêté du 13 octobre 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville modifiant l'arrêté du 25 septembre 1998 fixant les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux emplois d'agent de direction des organismes de sécurité sociale du régime général, du régime social des indépendants, aux emplois de cadre supérieur des organismes de sécurité sociale dans les mines et aux emplois d'agent de direction des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

– **Défibrillateur cardiaque implantable - remboursement - liste - article [L.165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 20 octobre 2009) :

[Arrêté du 13 octobre 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 aux défibrillateurs cardiaques implantables inscrits au chapitre 4 du titre III

de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prise en charge - autorisation de mise sur le marché (AMM) - article [L.5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 20 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 aux conditions de prise en charge d'une spécialité pharmaceutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrite sur la liste visée à l'article L.5126-4 du code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - inscription - liste - [article L.162-17-2-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 20 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 portant inscription d'une spécialité pharmaceutique sur la liste prise en application de l'article L.162-17-2-1 du code de la sécurité sociale.

– **Etablissement public - désignation - [article R.114-21](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 portant désignation de l'établissement public visé à l'article R.114-21 du code de la sécurité sociale.

– **Etablissement public - désignation - [article R.114-24](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 17 octobre 2009) :

[Arrêté du 8 octobre 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 portant désignation des établissements publics visés à l'article R.114-24 du code de la sécurité sociale.

– **Assurance maladie - acte - prestation - prise en charge - Union nationale des Caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. du 27 octobre 2009) :

Décisions [n° 21](#) du 9 juin 2009 et [n° 22](#) du 6 juillet 2009 de l'Union nationale des Caisses d'assurance maladie relatives à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

– **Financement - plan régional d'investissement santé mentale (PRISM) - assurance maladie - fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) - dotation annuelle de fonctionnement (DAF)** (B.O. Santé - Protection sociale - Solidarités, n° 2009/9, du 15 octobre 2009, p. 65) :

[Circulaire DHOS/F2/F3 n° 2009-259 du 6 août 2009](#) prise par la ministre de la santé et des sports relative au financement en 2009 par le FMESPP et/ou recettes assurance maladie DAF du volet investissement du plan santé mentale (PRISM).

– **Produit - prestation - tarif - prix limites de vente au public (PLV) - article [L.165-1](#) du code de la sécurité sociale** (J.O. du 30 octobre 2009)

[Avis du 30 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public (PLV) en euros TTC de produits et prestations visés à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale.

– **Produit - renouvellement - inscription - article [L.165-1](#) du code de la sécurité sociale** (J.O. du 30 octobre 2009) :

[Avis du 30 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif au renouvellement d'inscription de produits visés à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

– **Accord collectif - assurance complémentaire - frais de santé - salarié - exploitation agricole** (J.O. du 27 octobre 2009) :

[Avis du 27 octobre 2009](#) pris par le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche relatif à l'extension d'un accord collectif sur un régime d'assurance complémentaire frais de santé des salariés non cadres des exploitations agricoles de production agricole du Calvados.

– **Spécialité pharmaceutique - taux de participation - assuré - union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. des 23, 27 et 30 octobre 2009) :

Avis [n° 98](#) et [n° 99](#) du 23 octobre 2009, [n° 111](#) du 27 octobre 2009 et [n° 156](#) du 30 octobre 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.

– **Prix - spécialité pharmaceutique - article [L.162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 22 octobre 2009) :

[Avis du 22 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif aux prix d'une spécialité pharmaceutique publié 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. des 16 et 22 octobre 2009) :

Avis [n° 119](#) et [n° 120](#) du 16 octobre 2009 et [n° 115](#) du 22 octobre 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L.162-16-5 du code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - taux de participation - assuré - Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) - article [L.5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 16 octobre 2009) :

[Avis du 16 octobre 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation de la participation de l'assuré applicable à une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste visée à l'article L.5126-4 du code de la santé publique.

– **Agence régionale de l'hospitalisation - budget primitif 2009 - Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)** (J.O. du 28 octobre 2009) :

[Délibération n° 2009-325 du 14 mai 2009](#) de la CNIL portant avis sur des traitements mis en œuvre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et relatifs à une interconnexion de fichiers à des fins de contrôle de la condition de résidence pour l'attribution de droits relatifs aux prestations sociales.

Jurisprudence :

– **Médicament remboursable - liste - vaccin - cancer - recommandation - effet contraignant - Haute autorité de santé (HAS) - article [R.163-15](#) du Code de la**

sécurité sociale – [loi n° 78-753 du 17 juillet 1978](#) (C.E., sous-sections 1 et 6 réunies, 12 octobre 2009, [n°322784](#)) :

En l'espèce, la HAS a publié sur son site internet une recommandation relative à la non inscription des vaccins destinés à prévenir le cancer de l'utérus sur la liste des médicaments remboursables prévue à l'article R.163-15 du Code de la sécurité sociale. La société qui commercialise lesdits vaccins a demandé au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir la décision de publication de la HAS. Le Conseil d'Etat a rejeté la demande de la société, estimant d'abord que la recommandation n'était qu'un avis sans effet contraignant, qu'ensuite sa publication était autorisée par la loi du 17 juillet 1978 et qu'enfin, le vaccin avait depuis été inscrit sur la liste des spécialités remboursables.

– Service médical rendu (SMR) – Haute autorité de santé (HAS) – recours pour excès de pouvoir – Commission de la transparence (C.E., 2 octobre 2009, [n° 311772](#)) :

En l'espèce, la société X. demande au Conseil d'Etat d'annuler pour excès de pouvoir l'avis du 7 novembre 2007 rendu par la Commission de la transparence de la HAS reconnaissant au médicament X. une amélioration du service médical rendu ainsi que l'annulation de la décision du 30 janvier 2008 de la HAS rejetant son recours gracieux. Le Conseil d'Etat rejette la requête de la société X. au motif que *« les avis rendus par la commission de la transparence ne constituent pas par eux-mêmes, quelles que soient la procédure dans laquelle ils s'inscrivent et la publicité qui leur est donnée, des décisions susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir »*.

– Feuille de soin – défaut de télétransmission – médecin – caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) – caisse primaire de mutualité sociale agricole (CPMSA) – règlement conventionnel minimal – [arrêté du 13 novembre 1998](#) (C.E., 2 octobre 2009, [n° 319316](#)) :

En l'espèce, M.X., médecin, s'est vu suspendre par une décision du 6 novembre 2003 la participation au financement de ses avantages sociaux par la CPAM du Béarn et de la Soule et la CPMSA des Pyrénées-Atlantiques. Celui-ci avait en effet méconnu les dispositions du règlement conventionnel minimal alors en vigueur concernant la transmission des feuilles de soins par voie électronique. Il saisit alors le Tribunal administratif de Pau qui annule la décision du 6 novembre 2003. Les caisses primaires d'assurance maladie et de mutualité sociale agricole interjettent appel. La cour administrative d'appel infirme le jugement. M.X se pourvoit alors en cassation. Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi de M.Y au motif que *« le défaut de transmission des feuilles de soins peut donner lieu à une sanction (...) en tant qu'il constitue un manquement aux dispositions du règlement conventionnel minimal »*.

– **Seuil d'efficience - infirmier - dépassement - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - [loi n° 2002-1062 du 6 août 2002](#) - amnistie** (C.A.A. Marseille, 8 octobre 2009, [n° 08MA01194](#)) :

En l'espèce, Mme X., infirmière, a dépassé les seuils d'efficience pour les années 1997, 1999 et 2000. Le seuil d'efficience, qui a pour objet de garantir les soins dispensés, doit être respecté par tous les infirmiers signataires de la convention nationale. En cas de non respect de ce seuil, la sanction prévue est le reversement à la caisse d'assurance maladie d'une partie des dépassements. Mme X. saisit le tribunal administratif de Nice, reprochant à la CPAM des Alpes Maritimes d'avoir refusé de lui reconnaître le bénéfice de la loi d'amnistie du 6 août 2002 pour les dépassements du seuil d'efficience. Le tribunal administratif rejette sa demande. Elle interjette donc appel. La Cour administrative d'appel rejette la demande de Mme X. au motif que le dépassement en cause « *est constitutif d'une atteinte à l'honneur* », l'excluant du bénéfice de l'amnistie.

– **Indemnité journalière - arrêt de travail - résidence - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - France - Belgique** (Cass. Civ., 2e, 8 octobre 2009, [n° 08-17644](#)) :

En l'espèce, Mme X., de nationalité belge, salariée en France s'est vue prescrire un arrêt de travail en Belgique à la suite d'une hospitalisation. La Caisse primaire d'assurance maladie de Calais a refusé de lui verser les indemnités journalières afférentes à cet arrêt de travail. Elle saisit alors la juridiction de sécurité sociale d'un recours. Celle-ci la déboutant de ses demandes, elle interjette appel. La cour d'appel confirme le jugement. Elle se pourvoit donc en cassation, au moyen qu'un travailleur belge « *affilié au régime général de sécurité sociale français, tombé malade alors qu'il résidait momentanément en Belgique, ne saurait se voir refuser le versement d'indemnités journalières en raison de l'absence d'envoi, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il dépend, d'avis de prolongation de son arrêt de travail initial dont le système belge ne prévoit pas la délivrance* ». La Cour rejette le pourvoi au motif que la cour d'appel a « *dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de fait et de preuve soumis à son examen (...) retenu que l'assurée n'avait pas informé la caisse de son lieu de résidence où le contrôle de l'incapacité de travail pouvait être effectué* ».

Doctrine :

– **Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) - forfait hospitalier - taux de remboursement** (La Semaine Juridique Social, n° 41, 6 octobre 2009, act. 481 et La Semaine Juridique, édition Générale, n°42, 12 octobre 2009, 325) :

Article de la rédaction intitulé : « *PLFSS 2010 : les grandes lignes* ». La rédaction présente les points importants du PLFSS pour 2010. Parmi les mesures annoncées

figurent, par exemple, la hausse du forfait hospitalier, la généralisation de la contre-visite médicale, la diminution du prix de certains produits de santé, la réduction de 35 à 15% du taux de remboursement des médicaments à service médical « rendu faible » ou jugé insuffisant, la mise en place d'un nouveau mécanisme de régulation des dépenses de transport et la priorité à la mise en œuvre du plan Alzheimer. Le PLFSS prévoit en outre la réduction des niches sociales et un renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes.

– **Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) - 2010** (Recueil Dalloz, 2009, n° 35, p. 2332) :

Article d'A. Mavoka-Isana intitulé : « *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010* ». L'auteur revient sur les grandes lignes du PLFSS pour 2010 : la limitation des niches sociales, les mesures en faveur du secteur médico-social, l'incitation des entreprises à une meilleure prévention des risques professionnels, les mesures en matière de retraite, le développement de la garde d'enfant pour les assistants maternels et le renforcement de la politique de lutte contre la fraude. En matière de politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, elle relève que « *pour 2010, le gouvernement a fixé l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie à 162,4 milliards d'euros, soit une progression de 3% par rapport à 2009* ».

– **Indemnisation - victime d'infraction - indemnité journalière - Commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI)** (Note sous Cass. Civ., 2^e, 25 juin 2009, [n° 08-17912](#)) (La Semaine Juridique Social, n° 42, 13 octobre 2009, 1473) :

Note de T. Tauran, sous l'arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 25 juin 2009, intitulée « *A propos de l'indemnisation des victimes d'infraction* ». Selon l'auteur « *l'enseignement à tirer de l'arrêt commenté est simple* ». Il estime en effet que « *lorsque la CIVI est saisie, et qu'une ou plusieurs expertises médicales sont effectuées, il convient de s'en tenir aux avis rendus par les experts en ce qui concerne les périodes d'incapacité de travail qu'ils ont fixées. Dans l'hypothèse où la victime manifeste sa désapprobation par rapport à l'avis qu'ils ont rendu, elle doit faire valoir ses arguments devant les juridictions du fond.* » Enfin, selon l'auteur le second enseignement à tirer de cet arrêt est l'impossibilité d'imputer le montant des indemnités journalières sur le salaire net que percevait la victime.

– **Recours - tiers payeur - préjudice personnel - indemnité - article [L.376-1](#) du Code de la sécurité sociale** (Note sous Cass. Civ., 2^e, 11 juin 2009, [n° 07-21472](#)) (La Semaine Juridique Social, n° 41, 6 octobre 2009, 1460) :

Note de T. Tauran, sous l'arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 11 juin 2009, intitulée : « *Recours du tiers payeur ayant versé une prestation indemnisant un poste de préjudice personnel* ». L'auteur évoque dans cet article les difficultés relatives au contentieux des tiers payeurs notamment celles concernant

« le remboursement à la caisse de sécurité sociale des prestations versées ». En effet, « pour préciser quels postes de préjudices sont couverts par les prestations sociales, les juges doivent s'interroger sur la nature et l'objet des sommes servies à la victime par l'organisme social. ». La Cour de cassation casse et annule la décision de la cour d'appel car il « lui incombait d'abord de procéder à l'évaluation préalable, poste par poste, de l'ensemble des préjudices subis par la victime au titre des périodes correspondant au déficit fonctionnel temporaire et au déficit fonctionnel permanent, puis de préciser quels postes de préjudice avaient été pris en charge par les prestations formant l'objet de la créance subrogatoire de La Poste ».

– **Coordination - régime national - sécurité sociale - [règlement n° 1408/71](#) - [règlement n° 883/2004](#) - Union Européenne (UE) - [article 45 du Traité CE](#)** (La Semaine Juridique Social, n° 41, 6 octobre 2009, 1449) :

Article de J.-Ph. Lhernould intitulé : « *La coordination des régimes nationaux de sécurité sociale hors des règlements n° 1408/71 et n° 883/2004 : constat de faiblesse ou tremplin pour de nouvelles ambitions ?* ». Dans cet article, l'auteur s'interroge sur la place des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale. Il analyse notamment les mécanismes issus des solutions dégagées par les juges de Luxembourg en dehors de ces règlements. Parmi ces mécanismes figurent l'article 45 du Traité CE, la libre circulation des travailleurs et la citoyenneté de l'UE. Il se demande si ce « *développement de mécanismes de coordination hors des règlements de coordination* » est « *l'expression de la faiblesse des règlements* ».

– **Dépendance - assurance maladie - résidence - changement - prestation - [règlement 1408/71](#)** (Note sous C.J.C.E., 16 juillet 2009, [C-208/07](#), aff. *Petra von Chamier-Glisczinski c/ Deutsche Angestellten-Krankenkasse*) (La Semaine Juridique Social, n° 41, 6 octobre 2009, 1459) :

Note de Ph. Coursier sous l'arrêt de la CJCE du 16 juillet 2009. Selon l'auteur, cet arrêt constitue une illustration de la mauvaise coordination communautaire des systèmes de sécurité sociale avec le principe de libre circulation des travailleurs. En l'espèce, il s'agissait de savoir « *si une personne dépendante qui a usé de son droit à libre circulation alors qu'elle était assurée en sa qualité de membre de la famille d'un travailleur salarié ou d'un travailleur non salarié relevant d'un Etat membre, était en droit d'obtenir le service de prestations maladie sous la forme de remboursement ou de prise en charge de frais alors qu'à la différence du système de sécurité sociale de l'Etat compétent, celui du nouveau lieu de résidence ne prévoyait pas, pour ses propres assurés, le bénéfice de prestations en nature dans des situations similaires à celles de l'intéressé* ». La CJCE avait considérée que l'intéressée ne pourrait recevoir les mêmes prestations en nature que dans son Etat membre d'origine. Selon l'auteur, cet arrêt illustre le fait que le déplacement d'un assuré dans l'Union européenne n'est pas neutre en matière de sécurité sociale.

Divers :

– **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (PLFSS) - recette - équilibre général - assurance maladie - médico-social** (www.assemblee-nationale.fr) :

Rapport n°1994, tomes [I](#), [II](#) et [V](#) fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 déposé le 22 octobre 2009. Ce rapport fait l'objet de différents tomes, dont le tome I consacré aux recettes et à l'équilibre général, le tome II consacré à l'assurance maladie et aux accidents du travail et le tome V consacré au médico-social. Les rapports reviennent notamment sur la maîtrise médicalisée des dépenses, le 5^{ème} risque et sur les dispositions relatives à la fraude.

– **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (PLFSS) - objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)** (www.assemblee-nationale.fr) :

[Projet de loi](#) de financement de la sécurité sociale pour 2010 enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2009. L'ONDAM prévu pour 2010 s'élève à 162,4 milliards d'euros, soit une progression des dépenses de 3% par rapport à 2009. En matière d'assurance maladie, le PLFSS pour 2010 prévoit, entre autre, de renouveler les ALD cancer après 5 ans si nécessaire, afin d'assurer un meilleur suivi aux patients atteints de cancer. Il prévoit aussi la mise en place d'une action visant à responsabiliser les établissements de santé sur l'évolution de leurs propres dépenses de transport et de remédier à la faible prise en charge des transports pour les personnes lourdement handicapées. Enfin, concernant la lutte contre les abus et les fraudes, des dispositions visant à renforcer le contrôle des arrêts de travail abusifs sont insérées. Ainsi, il est proposé de rendre la contre-visite médicale de l'employeur systématique et non plus expérimentale.

– **Frais de transport - prise en charge - personne handicapée - prestation de compensation du handicap (PCH) - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - décret n° 2007-158 - question n° 08113** (www.senat.fr) :

[Réponse](#) du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville du 15 octobre 2009 à une question relative à la prise en charge des frais de transport pour les personnes handicapées accueillies en établissement. La prise en charge de ces frais s'effectue, depuis le décret du 5 février 2007, dans le cadre de la PCH qui est plafonnée à 200 euros par mois, alors que les frais réellement encourus peuvent atteindre dans certains cas 1.500 euros par mois. La question était donc de savoir quelles mesures pourraient être prises afin que celles-ci puissent être prises en charge dans le cadre de la solidarité nationale. Le ministre rappelle que « *la PCH permet la prise en charge des surcoûts liés au transport des personnes handicapées, dans la*

limite d'un plafond de 12000 euros sur une période de cinq ans ». Avant sa création un certain nombre de caisses primaires d'assurances maladie prenaient en charge ces frais de transports en totalité au titre de leur action sociale. Depuis son instauration, certaines CPAM ont cessé cette prise en charge. Le ministre explique que *« la PCH a été conçue non pas pour se substituer aux prises en charge existantes mais pour les compléter »*. Un groupe de travail a été créé et a rendu des conclusions sur le sujet en juillet dernier qui invitent *« à clarifier les règles de prise en charge, mais aussi à penser autrement l'organisation des transports afin qu'elle soit plus lisible et plus vertueuse »*.

- Convention médicale - protocole d'accord - secteur conventionnel - syndicat médical - Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) - Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (www.quotimed.com) :

Protocole d'accord tripartite signé le 15 octobre 2009 entre les syndicats médicaux représentatifs pour la convention médicale, l'UNCAM et l'UNOCAM. Les parties signataires du protocole souhaitent mettre en place un nouveau secteur conventionnel afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux. Ce nouveau secteur optionnel *« serait proposé aux professionnels de santé libéraux conventionnés relevant de spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique. »* Les médecins adhérents s'engageraient notamment à réaliser 30% ou plus de leurs actes au tarif opposable et à ne pas facturer pour les autres actes que des compléments d'honoraires inférieurs ou égaux à 50 % de la base de remboursement de l'acte. En contrepartie, l'Assurance maladie prendrait en charge une partie des cotisations sociales des praticiens adhérents. Enfin, l'UNOCAM s'engage *« à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaire à prendre en charge ce nouveau secteur auprès de leurs assurés et adhérents »*.

- Sécurité sociale - accord - France - Belgique - coopération - fraude (www.assemblee-nationale.fr) :

Projet de loi déposé le 7 octobre 2009 autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale. Cet accord étend et modernise la coopération en matière de sécurité sociale entre la France et la Belgique afin notamment de renforcer la lutte contre les erreurs, les abus et la fraude.

- Couverture maladie universelle (CMU) - fonds de financement de la couverture maladie universelle - Aide à la complémentaire santé (ACS) - organisme complémentaire (OC) (www.cmu.fr) :

Lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle d'octobre 2009. Le Fonds CMU présente dans un premier temps la synthèse des sujets développés

lors du colloque célébrant les 10 ans de la loi CMU. Dans un second temps, il dresse les effectifs des bénéficiaires de la CMU-C et de l'Aide à la complémentaire santé, soit 4 270 988 millions et 396 170 pour l'ACS. Enfin, un panorama des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 est proposé.

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 3/11/2009.

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.