



L'Institut Droit et Santé, la Chaire Santé de Sciences Po, en partenariat avec la Société Française de Santé Publique organisent un séminaire sur le thème :

**« Les normes en santé »**

Les travaux comprennent 7 séances d'étude. La première séance aura lieu le 30 juin 2010. Pour prendre connaissance du programme cliquer [ici](#)

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

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

N°98 : Période du 1<sup>er</sup> au 15 mai 2010

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire .....	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé.....	7
3. Professionnels de santé.....	15
4. Etablissements de santé.....	20
5. Politiques et structures médico-sociales .....	23
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	25
7. Santé environnementale et santé au travail.....	30
8. Santé animale .....	38
9. Protection sociale contre la maladie .....	41

# 1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

---

## Législation :

### Législation européenne :

- **Obésité - alimentation - recommandation** (J.O.U.E du 1 mai 2010) :

[Recommandation de la Commission du 28 avril 2010](#) sur l'initiative de programmation conjointe en matière de recherche « *Une alimentation saine pour une vie saine* ».

### Législation interne :

- **Offre de soins - qualité du système de soin** (J.O. du 8 mai 2010) :

[Loi n° 2010-463 du 7 mai 2010](#) adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat de finances rectificatives pour 2010.

- **Boisson alcoolique - offre - vente - sanction** (J.O. du 8 mai 2010) :

[Décret n° 2010-465 du 6 mai 2010](#) pris par le premier ministre sur avis de la ministre de la santé et des sports relatif aux sanctions prévues pour l'offre et la vente de boissons alcooliques.

- **Vaccination - fièvre jaune - [arrêté du 5 avril 2010](#)** (J.O. du 4 mai 2010) :

[Arrêté du 21 avril 2010](#) portant modification de l'arrêté du 5 avril 2005 fixant la liste des centres de vaccination habilités à effectuer la vaccination anti-marielle et à délivrer les certificats internationaux de vaccination contre la fièvre jaune.

- **Sécurité - enfant - lit médical** (J.O. du 4 mai 2010) :

[Décision du 26 avril 2010](#) fixant des conditions particulières d'utilisation, de mise en service, de mise sur le marché, de distribution, d'importation et d'exportation destinées à renforcer la sécurité des enfants couchés dans des lits médicaux équipés de barrières.

## Doctrine :

– **Hospitalisation à domicile - télémédecine - paramédicaux - coopération entre professionnels de santé** (Revue de la Fédération Hospitalière de France., 9 & 10 avril 2010) :

Au sommaire de la Revue de la Fédération Hospitalière de France figurent notamment les articles suivants :

- V. Hoareau, A. Descamps, « *Réintroduction du médicament dans le forfait soins des EHPAD : enjeux et premiers enseignements* » ;
- S. Colasse, G. Sanger, F. Madelmont « *Mesurer l'impact économique d'une stratégie médicale : piloter son établissement à l'aide d'un outil prospectif* » ;
- J-B. Hagenmüller « *Quel modèle économique pour l'HAD* » ;
- Y. Gaubert, « *Tarifification SSR : éléments de cadrage* » ;
- P. Espinoza, « *Territoires de santé et télémédecine : les facteurs clés du déploiement* » ;
- S. Buscail, R. Derenne, R. Le Moign, « *Coopérations entre professionnels de santé : enjeux et perspectives* » ;
- M-A. Lautru, « *Coopérations entre professionnels de santé : Perspectives de déploiement* » ;
- M-A. Coudray, « *Formation des paramédicaux, la refondation* ».

– **Recherche et développement - intervention communautaire - soin primaire - santé des mineurs - santé au travail - promotion de la santé - Commission européenne** (European Journal of Public Health, volume n° 20, n° 2) :

Au sommaire de la revue European Journal of Public Health figurent notamment les articles suivants :

- N. Azzopardi Muscat, « *EU cross-border health care and public health* » ;
- T. P. Stahl, « *Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments* » ;
- J. Pommier, D. Jourdan, D. Berger, C. Vandoorne, B. Piorecka, G. Simoes De Carvalho, « *School health promotion : organization of services and roles of health professionals in seven European countries* » ;
- Y. J. F. M. Jansen, M. M. E. Foets, A. A. de Bont, « *The contribution of qualitative research to the development of tailor-made community-based interventions in primary care : a review* ».

– **Sida - dépistage - consentement présumé - discrimination - Haute Autorité de Santé (HAS) (R.D.S.S., 2010, p. 299) :**

Article de S. Paricard intitulé : « *Le dépistage systématique du VIH : une évolution majeure proposée par la Haute Autorité de Santé* ». L'auteur évoque la proposition de la

HAS en matière de dépistage du Sida qui préconise de substituer au dépistage spontané « *fondé sur la responsabilité individuelle un dépistage systématique organisé par la loi* ». L'argument de la HAS en ce sens est basé sur l'évolution des traitements de la maladie qui permettent de réduire la charge virale d'un sujet, abaissant le risque de transmission du virus. Ainsi, le dépistage systématique pourrait devenir un outil de contrôle de l'épidémie. Cependant, l'auteur souligne les dangers potentiels de ce type de dépistage, en évoquant le recours au consentement présumé et le renforcement des discriminations.

– **Traitement de l'information médicale (R.D.S.S., 2010, p. 257) :**

Article de D. Mascret intitulé : « *Le jour où les journalistes ont (presque) guéri le cancer... ou l'art délicat du traitement de l'information médicale* ». L'auteur souligne la façon dont les médias travaillent l'information qu'ils délivrent au public. Il évoque comment les médias traitent l'information brute et son produit abouti. Il rappelle les qualités et les défauts du maniement de l'information médicale, notamment en cas de découvertes scientifiques qui peuvent alors enclencher une « *mécanique d'un scoop planétaire* ».

– **Urgence - gestion de crise - gestion de l'incertitude (R.D.S.S., 2010, p. 248) :**

Article de A. Jennequin intitulé : « *La communication de crise au sein de la Direction Générale de la Santé : la procéduralisation de l'urgence* ». L'auteur revient sur le déroulement de la gestion de crise par les autorités sanitaires à l'occasion de l'épidémie de grippe A (H1N1) et souligne que la mission de la Direction Générale de la Santé est de « *gérer l'incertain* ».

– **Télémedecine - expérimentation - évolution juridique (R.D.S.S., 2010, p. 235) :**

Article de M. Contis intitulé : « *La télémedecine : nouveaux enjeux, nouvelles perspectives juridiques* ». L'auteur retrace l'histoire de la télémedecine qui trouve ses fondements juridiques dans les années 80, dans le domaine de l'aide médicale aux navires. A la même époque des expérimentations sont menées, aussi bien en France qu'à l'étranger, pour s'engager dans la voie de la télémedecine. L'auteur constate que la situation a considérablement évolué, l'engouement pour la télémedecine n'étant plus le fait des seules équipes médicales mais aussi des pouvoirs publics, engouement traduit par une évolution juridique bien amorcée.

– **Programme National Nutrition Santé (PNNS) - politique nutritionnelle - Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) ([www.agriculture.gouv.fr](http://www.agriculture.gouv.fr)) :**

[Rapport](#) de D. Jourdain Menninger, G. Lecoq, J. Guedj, P. Boutet, J-B. Danel et G. Mathieu publié par l'IGAS, intitulé : « *Evaluation du programme national nutrition santé. PNNS2 2006-2010* ». Le rapport souligne que le PNNS a rempli de façon satisfaisante les objectifs qui lui avaient été assignés en termes de promotion de « *bons comportements alimentaires* ». Il constitue notamment « *une démarche utile et indispensable au succès de toute politique nutritionnelle* ».

– **Territoire de santé - planification - offre de soins - Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)** (Pratiques et Organisations des Soins, volume 41, janvier-mars 2010, p. 73) :

Article de M. Coldefy et V. Lucas-Gabrielli intitulé : « *Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification* ». Les auteurs décrivent la modification des paramètres de l'organisation et de la planification de l'offre de soins, dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les SROS sont ainsi rénovés, la carte sanitaire supprimée et le territoire de santé transformé en « *territoire pertinent de l'organisation des soins* ». Les auteurs montrent comment les régions se sont emparées de cette nouvelle planification, en soulignant que certaines activités comme la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville, « *sont encore insuffisamment intégrées dans la réflexion territoriale* ».

– **Diabète - consommation de soins - remboursement** (Pratiques et Organisations des Soins, volume 41, janvier-mars 2010, p. 1) :

Article de P. Ricci, M. Chantry, B. Detournay, N. Poutignat et al, intitulé : « *Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète (études Entred 2001 et 2007)* ». Les auteurs analysent les remboursements de l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète en France et mesurent leur évolution entre 2001 et 2007. La conclusion de cet article établit que face à la forte progression des coûts pour la collectivité, il devient essentiel d'améliorer l'efficacité des soins délivrés aux diabétiques.

– **Agence Régionale de Santé (ARS) - stratégie globale de santé - autorité technique régionale - régulation** (Droit social, 2010, p. 567) :

Article de A Lopez intitulé : « *Les Agences Régionales de Santé (ARS), une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires* ». L'auteur souligne que les ARS sont une autorité unique conduisant à une stratégie globale de santé. Elles ont une mission de régulation en mettant notamment en place une stratégie d'organisation de l'offre de services en santé. Elles visent à améliorer la pertinence et la qualité des interventions en faveur de la santé. Elles ont également pour mission « *la recherche d'un équilibre des interventions en faveur de la santé entre elles, relevant des soins hospitaliers, des soins ambulatoires, de la prévention, de la sécurité sanitaire, de l'accompagnement médico-social* ».

– **Information médicale - certification - Haute Autorité de Santé (HAS) -** (RDSS, n° 2, 2010, p. 197) :

Article de H Nabarette et E Caniard intitulé : «*La certification des sites dédiés à la santé en France : apports, limites et perspectives* ». Les auteurs explicitent la mission mise à la charge de la HAS en matière de qualité de l'information médicale passant notamment par la présentation du dispositif relatif à la certification. Elle se base sur la certification *Health On the Net* reposant sur huit critères, notamment celui de complémentarité, confidentialité, professionnalisme, transparence du financement ou honnêteté dans la publicité et la politique éditoriale.

– **Information médicale - certification - Haute Autorité de Santé (HAS) -** (RDSS, n° 2, 2010, p. 197) :

Article de J Bossi intitulé : «*Comment organiser aujourd'hui en France la protection des données de santé* ». L'auteur précise que la collecte et le traitement des données de santé doit se faire sous couvert de garantir leur confidentialité. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés opère ainsi un contrôle pragmatique visant le respect des droits de la personne. De nouveaux outils ont également été mis en place pour une nouvelle gouvernance des systèmes d'information au travers de la création de l'ASIP Santé et l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière.

– **Cancer du sein - prise en charge - qualité des soins - épidémiologie - étude d'évaluation** (Pratiques et Organisation des Soins, janvier-mars, n° 1, 2010, p. 11) :

Article de C Abadie, A-M Chauveaux, C Dupont et C Peter intitulé : «*La prise en charge du cancer du sein en Aquitaine : évolution 1999-2004* ». Les auteurs mettent en avant les résultats d'une enquête descriptive menée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein afin de dresser un état des lieux des prises en charge de ce type de cancer. Ils constatent une amélioration de la situation mais notent que certains écarts aux référentiels persistent.

#### Divers :

– **Objectif de santé publique - loi [n° 2004-806](#) - Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) ([www.sante-sport.gouv](http://www.sante-sport.gouv)) :**

[Rapport](#) publié par le HCSP en avril 2010 intitulé : «*Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de loi du 9 août 2004. Propositions* ». Son contenu présente le résultat des travaux réalisés afin de faire des propositions et des recommandations

pour une prochaine loi de santé publique. Le rapport comporte deux parties. La première porte sur l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004. La seconde développe des propositions d'objectifs pour la prochaine loi comme des propositions d'objectifs relatifs à la santé environnementale et à la santé au travail.

– **Droit et protection des personnes - soin psychiatrique - prise en charge - loi n° 90-527** ([www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)) :

[Projet de loi n° 2494](#) relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, déposé le 5 mai 2010, présenté au nom du premier ministre par la ministre de la santé et des sports. La nécessité de réformer la loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation s'impose à l'issue de plusieurs évaluations du texte législatif compte tenu des difficultés liées à l'accès aux soins psychiatriques mais aussi de l'évolution générale des conditions de prise en charge.

– **Recommandation - cocaïne - consommateur - prise en charge - Haute Autorité de Santé (HAS)** ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) :

Recommandations élaborées par la HAS en février 2010, à la demande de la ministre de la Santé et des sports dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011, mis en œuvre par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies (MILDT). Ces recommandations visent à améliorer la prise en charge sanitaire des consommateurs de cocaïne, en facilitant leur repérage d'une part, et en décrivant les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale d'autre part, afin de faciliter l'arrêt et le maintien de l'arrêt de cette consommation.

– **Hôpital - patient - territoire- ordonnance n° 2010-177** du 23 février 2010 - **loi n° 2009-879** du 21 juillet 2009 ([www.senat.fr](http://www.senat.fr)) :

[Projet de loi](#) ratifiant l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## 2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Législation :

Législation interne :

– **Cellule embryonnaire - protocole de recherche - article [L. 2151-5](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 11 mai 2010) :

Décisions n° [39](#), n° [40](#), n° [41](#), n° [42](#), n° [43](#), n° [45](#) et n° [48](#) du 12 mars 2010 prises par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un protocole d'étude ou de recherche sur les cellules embryonnaires en application des dispositions de l'article L. 2151-5 du Code de la santé publique.

– **Cellule embryonnaire - autorisation de conservation - article [L. 2151-7](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 11 mai 2010) :

Décisions n° [40](#), n° [44](#) et n° [46](#) du 12 mars 2010 prise par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de conservation de cellules souches embryonnaires humaines en application des dispositions de l'article L. 2151-7 du Code de la santé publique.

– **Cellule embryonnaire - autorisation de conservation - refus - article [L. 2151-7](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 11 mai 2010) :

[Décision n° 47 du 12 mars 2010](#) prise par la directrice de l'Agence de la biomédecine portant refus d'autorisation de conservation de cellules souches embryonnaires humaines en application des dispositions de l'article L. 2151-7 du Code de la santé publique.

– **Cellule embryonnaire - autorisation d'importation - fin scientifique - article [L. 2151-6](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 11 mai 2010) :

Décisions n° [49](#) et n° [50](#) du 12 mars 2010 prise par la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'importation de cellules embryonnaires à des fins scientifiques en application des dispositions de l'article L. 2151-6 du Code de la santé publique.

Jurisprudence :

– **Défaut de diagnostic - Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) - préjudice - article [L. 1142-1](#) du Code de la santé publique - réparation - Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)** (Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 6 mai 2010, [n° 09-66947](#)) :



En l'espèce, Mme X. reproche à la Cour d'appel d'avoir décidé que le préjudice qu'elle a subi à la suite du défaut de diagnostic d'infarctus du myocarde n'entraîne pas dans le champ de ceux qui peuvent être indemnisés au regard de l'article L. 1142-1 II du Code de la santé publique et de l'avoir déboutée de ses demandes envers l'ONIAM. La Cour de cassation rappelle tout d'abord que « *les CRCI étant des commissions administratives dont la mission est de faciliter, par des mesures préparatoires, un éventuel règlement amiable des litiges relatifs à des accidents médicaux, des affections iatrogènes ou des infections nosocomiales, la cour d'appel a retenu, par une exacte application des textes prétendument violés, que l'ONIAM n'était pas lié par l'avis émis par la CRCI* ». La Cour d'appel n'a pas constaté que le retard de diagnostic avait entraîné une aggravation de la pathologie. La Cour de cassation, par ces motifs, rejette donc le pourvoi.

– **Assistance médicale à la procréation - filiation - [article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme](#) - Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH)** (CEDH, 1<sup>er</sup> avril 2010, [n° 57813/00](#), affaire S.H et a. contre Autriche) :

En l'espèce, deux couples souffrant d'infertilité souhaitent recourir à l'assistance médicale à la procréation par le biais d'un don de sperme pour l'un et d'un don d'ovule pour l'autre. Cependant, le droit autrichien n'autorise pas ces techniques et les demandeurs voient leur demande rejetée. Ces derniers introduisent un recours devant la CEDH. La Cour rejette l'argument de l'Autriche relatif au don d'ovule et à la création de lien de filiation particulier entre les donneurs et l'enfant. Elle rappelle que le recours à l'assistance médicale à la procréation constitue un droit garanti par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme. De plus, elle reconnaît qu'il n'existe pas en Europe une législation uniforme en la matière. Néanmoins, elle souligne que les Etats souhaitant autoriser le recours à ces techniques doivent organiser un cadre juridique permettant la prise en compte des intérêts des parties demandeurs.

– **Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) - démission - faute de l'employeur - loi [n° 98-1194](#) du 23 décembre 1998** (Cass. Soc., 11 mai 2010, [n° 09-42241](#) à [n° 09-42257](#)) :

M. X et seize de ses collègues, salariés de la société A, ont présenté leur démission et ont demandé le bénéfice de la l'ACAATA. Ils saisissent la juridiction prud'homale afin de faire constater que « *la rupture du contrat de travail était la conséquence de leur exposition fautive par l'employeur à l'amiante* » et d'obtenir la différence de revenu entre leur ancien salaire et l'allocation. Les juges du premier et second degré condamnent la société A à verser des dommages et intérêts aux salariés « *en réparation d'un préjudice d'anxiété* ». La société A se pourvoit en cassation. La Haute juridiction judiciaire relève que les salariés, qui travaillaient dans un établissement reconnu par la loi comme fabriquant ou traitant de l'amiante, étaient « *dans une situation d'inquiétude* », inquiétude renforcée par les examens médicaux réguliers. C'est à bon

droit que la cour d'appel a caractérisé « un préjudice spécifique à l'anxiété ». Cependant, la Cour de cassation souligne que, selon la loi du 23 décembre 1998, « le salarié qui a demandé le bénéfice de l'allocation n'est pas fondé à obtenir de l'employeur fautif, sur le fondement des règles de la responsabilité civile, réparation d'une perte de revenu résultant de la mise en œuvre du dispositif légal ». En estimant que le préjudice causé par le « départ anticipé en retraite accompagné d'une diminution de revenus significative » constitue « une perte de chance de mener à son terme une carrière professionnelle normale », la cour d'appel a violé le texte susvisé. La Cour de cassation casse partiellement l'arrêt.

– **Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) - démission - faute de l'employeur - loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998** (Cass. Soc., 11 mai 2010, n° 08-44952 et 08-45222) :

M. X et trente-cinq anciens salariés de la société A ont démissionné de leur fonction et ont demandé le bénéfice de l'ACAATA. Ils introduisent l'affaire devant la juridiction prud'homale en vu, dans un premier temps, d'imputer la cessation prématurée de leur activité à la faute de leur ancien employeur et, dans un second temps, d'obtenir des dommages et intérêts afin de compenser la diminution de leur revenu. La cour d'appel relève que l'employeur est tenu d'une « obligation de sécurité de résultat » et qu'il doit prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs ». Les juges du fond soulignent que l'employeur a méconnu cette obligation en continuant à exposer ses salariés à l'amiante et que, de ce fait, ces derniers ont été confrontés à un choix : continuer leur activité ou demander le bénéfice de l'allocation et subir une baisse significative de leur revenu. La juridiction du second degré condamne la société A au paiement d'indemnités. Cette dernière se pourvoit en cassation. Selon la Haute juridiction, la loi du 23 décembre 1998 dispose que l'ACAATA est versée aux travailleurs de l'amiante « sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent certaines conditions ; (...) » ; « qu'il résulte de ces dispositions que le salarié qui a demandé le bénéfice de l'allocation n'est pas fondé à obtenir de l'employeur fautif, sur le fondement des règles de la responsabilité civile, réparation d'une perte de revenu résultant de la mise en œuvre du dispositif légal ». L'arrêt d'appel est cassé.

### Doctrine :

– **Amiante - indemnisation - préretraite - accident du travail - maladie professionnelle - fond d'indemnisation des victimes de l'amiante - allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)** (JCP Social, 11 mai 2010, p. 1181) :

Etude de G. Vachet intitulée : « L'indemnisation des préretraités « amiante » : vers une nouvelle discrimination entre victimes de maladies professionnelles ? ». L'auteur revient sur la jurisprudence rendue par les Cours d'appel entre 2008 et 2009. Il relève que, pour

engager la responsabilité de l'employeur, « les salariés invoquent un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat et le fait que, s'ils ont démissionné, c'est qu'ils n'avaient pas d'autres choix ». Cependant, il note qu'en mettant fin à leur activité et en bénéficiant de l'ACAATA, les salariés ne sont pas fondés à obtenir de l'employeur fautif, une indemnité fondée sur les règles de la responsabilité civile. De plus l'auteur souligne que l'anxiété peut constituer un préjudice réparable aux yeux des magistrats. Mais, il note que si ce préjudice est admis en matière d'amiante, une extension aux autres matières telle que la contamination par le VIH ou par le virus de l'hépatite C doit être établie afin d'éviter toute discrimination.

– **Recherche biomédicale - promoteur - responsabilité - [loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales](#) - [loi n° 2004-804 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#)** (Note sous Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 14 janvier 2010, n° [08-21683](#)) (Responsabilité civile et assurances, n°4, avril 2010) :

Note de S. Hocquet-Berg intitulée : « *Recherche biomédicale* ». En l'espèce, la Cour de cassation décide que le promoteur d'une recherche biomédicale n'engage pas sa responsabilité à l'égard d'un patient souffrant des troubles consécutifs au traitement administré dès lors que « *le but de l'étude litigieuse, menée sur des personnes atteintes de cancer, était de comparer deux types de chimiothérapie adjuvante et de démontrer que l'association des médicaments proposés à M. X... était susceptible d'augmenter de 10 % la survie en réduisant le risque de récurrence après l'intervention, que l'opportunité d'un tel traitement pour le type de tumeurs dont ce dernier était atteint était évoqué par différentes études et que beaucoup d'équipes médicales y recouraient de façon systématique* ». Selon l'auteur, cette décision met en évidence les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les victimes des effets indésirables d'une expérimentation médicale. Il estime que la solution, bien que rendue sur le fondement de la loi du 20 décembre 1988 n'aurait pas été différente si elle avait été prononcée en application des dispositions introduites par la loi n° 2004-804 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

– **Domage corporel - préjudice d'angoisse - préjudice moral - réparation** (Responsabilité civile et assurances, n°4, avril 2010, étude 4) :

Article de C. Corgas-Bernard intitulée : « *Le préjudice d'angoisse consécutif à un dommage corporel : quel avenir ?* ». Après avoir rappelé le régime particulier des victimes de dommages corporels, cette étude est consacrée à l'évolution du droit à la réparation du préjudice moral. Selon l'auteur, l'indemnisation du préjudice d'angoisse constitue une illustration de l'évolution en ce que « *l'angoisse n'est plus indemnisée seulement au titre d'une composante des souffrances endurées* » mais constitue « *un préjudice à part entière* ».

– **Obligation d’information - perte de chance - faute du médecin - droit à réparation** (Note sous Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 28 janvier 2010, n° [09-10992](#)) (Responsabilité civile et assurances, n°4, avril 2010) :

Note de C. Radé intitulée : « *Intervention chirurgicale non justifiée ni adaptée* ». En l’espèce, la Cour de cassation décide que la réparation des préjudices subis par la victime d’une intervention chirurgicale « *mutilante, non justifiée et non adaptée* » ne peut pas se limiter à l’indemnisation du dommage résultant de la perte de chance du fait de la violation de son devoir d’information par le médecin. L’auteur rappelle le raisonnement de la Cour de cassation en l’espèce : « *pour réparer intégralement le préjudice, il convenait de placer la victime dans la situation dans laquelle elle aurait dû se trouver si le médecin n’avait pas commis de faute, c’est-à-dire si l’opération ne s’était pas déroulée [...]* ».

– **Accouchement - prise en charge - handicap** (Note sous Cass. civ. 1<sup>ère</sup>, 28 janvier 2010, n° [08-20755](#) et n° [08-21692](#)) (Responsabilité civile et assurances, n° 4, avril 2010, comm. 84) :

Note de Ch. Rade intitulée : « *Handicap consécutif à une mauvaise prise en charge lors de l’accouchement* ». En l’espèce, un enfant né le 16 septembre 1993 souffrait d’un polyhandicap sévère lié à des atteintes neurologiques dues en partie à une mauvaise prise en charge lors de l’accouchement. L’auteur précise que dans cette affaire, il convenait de replacer la victime dans la situation dans laquelle elle aurait dû se trouver si le médecin n’avait pas commis de faute comme l’affirme la Cour de cassation. Cela imposait de réparer l’ensemble des préjudices « *qui découlent de façon directe, certaine et exclusive d’une intervention chirurgicale mutilante, non justifiée et non adaptée* ».

– **Procréation post-mortem - sperme congelé - restitution** (Note sous TGI Rennes, ord. Réf., 15 octobre 2009, J.C.P. 2000, p. 377) (RTD. Civ., 2010, p. 93) :

Article de J. Hauser intitulé : « *Procréation post-mortem : un nouveau droit à ..., le droit à l’éternité ?* ». L’auteur pose la question de savoir si la restitution aux fins de procréation du sperme congelé après le décès de l’homme, membre d’un couple, est possible. Il souligne que « *la construction d’un droit cohérent se heurte, à notre époque, à une casuistique romantique qui met perpétuellement en exergue quelques cas douloureux* ». Au-delà de ces hypothèses, l’auteur souligne qu’il y a une « *cohérence philosophique simple : quand on est mort, on ne fait plus d’enfants parce que la fabrication des enfants n’est pas seulement faite pour satisfaire ou consoler ceux qui les font. L’enfant, c’est un avenir, il ne se résume pas à un monument in memoriam* ».

– **Solidarité nationale - obligation d'information - accident médical - réparation - Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam)** (Note sous Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 11 mars 2010, [n° 09-11270](#)) (Dalloz, 6 mai 2010, p. 1119) :

Article de M. Bacache intitulé : « *Réparation de l'accident médical : la solidarité nationale au secours de la responsabilité civile* » à propos de l'arrêt de la Cour de cassation qui a retenu qu'à l'occasion d'une opération d'une hernie discale pratiquée par un chirurgien dans une clinique, alors qu'un patient a été atteint de paraplégie, « *si l'intervention chirurgicale était une réponse thérapeutique adaptée, la nécessité immédiate n'en était pas justifiée au regard de l'absence d'éléments en faveur d'une rapide aggravation des troubles* ». L'auteur souligne notamment que « *la spécificité de l'obligation d'information du médecin est telle qu'il conviendrait alors, en cas de violation, de restaurer les intérêts qu'elle était censée protéger, c'est-à-dire rendre inefficace le consentement à l'acte médical* ». Ainsi, cet arrêt « *ne serait qu'une étape dans l'évolution de la jurisprudence relative à l'obligation d'information pesant sur les professionnels de santé* ».

– **Fin de vie - arrêt de traitement - observatoire national de la fin de vie - allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie - loi [n° 2005-370](#) du 22 avril 2005 - décret [n° 2010-107](#) du 29 janvier 2010 - décret [n° 2010-158](#) du 19 février 2010 - loi [n° 2010-209](#) du 2 mars 2010** (L'essentiel Droit de la famille et des personnes, n° 5, p. 2) :

Note de R.-C. Gilles intitulée : « *Modification du Code de déontologie médicale et du congé de solidarité familiale* ». L'auteur rappelle que la loi du 22 avril 2005 « *garantit au patient en fin de vie que sa volonté de limiter ses traitements au risque de mort sera entendue par les médecins pour ne pas prolonger artificiellement la vie de son corps souffrant* ». Néanmoins, il relève que la loi est méconnue par les malades en fin de vie et les médecins. Ainsi, pour pallier cette méconnaissance, l'auteur note que le législateur est intervenu à trois reprises. Ainsi l'auteur souligne notamment qu'une allocation journalière est accordée aux parents et alliés, conjoint ou amis, et ne se limite plus aux seuls salariés.

– **Obligation d'information - médecin - perte de chance - réparation** (Cass. Civ 1<sup>ère</sup>, 28 janvier 2010, [n° 09-10.992](#)) (RDSS, n° 2, mars - avril 2010, p. 375) :

Note de F. Arhab-Girardin sous un arrêt de la Cour de Cassation en date du 28 janvier 2010. L'auteur considère que « *cet arrêt marque un nouvel élan dans la réparation du préjudice causé par le défaut d'information des risques d'une intervention chirurgicale* ». Une telle solution aboutit, selon l'auteur, à indemniser en partie deux fois les mêmes préjudices et voit, dans cette décision, « *une réponse aux critiques doctrinales dénonçant une « régression » dans la sanction du défaut d'information* ». Il estime que cette décision ouvre la voie à une indemnisation supplémentaire lorsque l'obligation d'information fait défaut et qu'il est établi « *qu'une faute médicale distincte est à l'origine de séquelles physiques* ».

## Divers :

– **Association de patients - usager de la santé - industrie de la santé - lien financier** ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) :

[Guide pratique](#) de la Haute autorité de santé intitulé : « *Guide pour la déclaration des aides versées aux associations de patients et d'usagers de la santé* ». Le guide est le résultat d'une exigence de transparence émise par l'opinion publique autour du monde scientifique.

– **Personne atteinte de trouble mentaux - responsabilité pénale - soin psychiatrique - unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)** ([www.senat.fr](http://www.senat.fr)) :

[Rapport d'information](#) fait au nom de la commission des affaires sociales et de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, par le groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, par G. Barbier, C. Demontès, J.-R. Lecerf et J.-P. Michel intitulé : « *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ?* ». Le rapport relève une réduction de l'offre de soins psychiatriques en hospitalisation complète entre 1985 et 2005. Bien que « *la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux a connu des progrès considérables* », il reconnaît que la prison ne constitue pas un cadre propice au traitement de la maladie mentale. En effet, le rapport relève que les soins en prison souffrent de limites notamment liées au nombre insuffisant de personnels. De plus, le cadre carcéral est très éloigné de l'hôpital psychiatrique et l'incarcération dans des locaux avec une promiscuité élevée est « *source d'aggravation des troubles mentaux* ». Le rapport note néanmoins que la création des UHSA, unité permettant l'hospitalisation avec ou sans le consentement de la personne, constitue une tentative de concilier peine et soins. Cependant, la nécessité d'un décret ou d'une circulaire pour leur création est de nature à démotiver le personnel médical qui s'est engagé dans cette nouvelle structure. Comme le souligne le rapport, ces unités peuvent « *inciter les experts psychiatres et les juridictions à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale des auteurs d'infraction* ».

– **Gestation pour autrui (GPA) - comité consultatif national d'éthique (CCNE)** ([www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)) :

[Avis n° 110](#) du CCNE du 6 mai 2010 relatif aux problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui. Le CCNE se prononce en faveur de l'interdiction de la GPA. Il relève que des obstacles éthiques subsistent tel que la dignité de la personne humaine et « *la non-commercialité du corps* ». Cependant, le CCNE note qu'une inégalité entre les couples face à l'accès à la GPA dans les pays étrangers s'est formée.

Il estime que si une législation est mise en place, elle « *devrait s'accompagner de dispositions visant à sécuriser la filiation de l'enfant issu de la GPA* ».

### 3. Professionnels de santé

---

#### Législation :

#### Législation interne :

– **Professionnel de santé - ordre - membre élu - indemnité** (J.O. du 5 mai 2010) :

[Décret n° 2010-451 du 3 mai 2010](#) relatif aux indemnités des membres élus des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des pédicures-podologues.

– **Infirmier - diplôme d'Etat - [arrêté du 31 juillet 2009](#)** (J.O. du 11 mai 2010) :

[Arrêté du 3 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

– **Médecin libéral - règlement arbitral** (J.O. du 5 mai 2010) :

[Arrêté du 3 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale.

– **Sage-femme - école - fonctionnement - [arrêté du 15 juillet 1986](#)** (J.O. du 13 mai 2010) :

[Arrêté du 30 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 15 juillet 1986 relatif à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes.

– **Sage-femme - certificat - [arrêté du 6 juin 2003](#)** (J.O. du 13 mai 2010) :

[Arrêté du 30 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif au diplôme de cadre sage-femme et modifiant l'arrêté du 6 juin 2003 relatif au certificat cadre sage-femme.

– Sage-femme – école – agrément – [arrêté du 11 septembre 2009](#) (J.O. du 13 mai 2010) :

[Arrêté du 30 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 11 septembre 2009 relatif aux modalités d'agrément des écoles de sages-femmes et de cadres sages-femmes.

– Médecin – psychiatrie – liste (J.O. du 12 mai 2010) :

[Arrêté du 14 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant la liste des personnes autorisées à exercer en France la profession de médecin dans la spécialité « psychiatrie » 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.

– Auxiliaire de puériculture – aide-soignant – expérience – validation des acquis – [arrêté du 19 février 2010](#) (J.O. du 13 mai 2010) :

[Arrêté du 30 mars 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 19 février 2010 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention des diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

### Jurisprudence:

– Pharmacien – officine – vente – déclaration d'exploitation (CE, 16 avril 2010, [n° 328383](#)) :

Dans un arrêt en date du 16 avril 2010, le Conseil d'Etat a jugé qu'un pharmacien qui vend son officine, dès lors que la vente, ayant fait l'objet d'un acte authentique, est devenue définitive, n'a plus intérêt à contester une décision du préfet enregistrant la déclaration d'exploitation de l'officine alors même que le fondement du litige concernerait la date de transfert effectif de sa propriété. Sa requête doit donc être considérée comme irrecevable. En effet, selon la Haute juridiction administrative, « à la date d'introduction devant le Tribunal administratif de Caen, le 18 avril 2005, de sa demande tendant à l'annulation de l'arrêté préfectoral enregistrant la déclaration préalable d'exploitation de M.X, M.Y n'était plus propriétaire de l'officine en cause et, compte tenu de



*la concordance entre les deux date d'effet de la vente de celle-ci et du début d'exploitation par son nouveau propriétaire, ne justifiait pas d'un intérêt à agir, alors même qu'il était le cédant de l'officine et que le fondement du litige concernait la date de transfert effectif de sa propriété ; qu'il suit de là qu'en jugeant recevable sa demande, la Cour administrative d'appel de Nantes a commis une erreur de droit ».*

– **Médecin - vétérinaire - exercice illégal - responsabilité pénale - article [L. 243-2](#) du Code rural - article [L. 4161-1](#) du Code de la santé publique** (Cass. Crim, 12 janvier 2010, [n° 09-82.380](#)) :

La chambre criminelle de la Cour de cassation a rendu, le 12 janvier 2010, deux arrêts, l'un à propos de la médecine humaine et l'autre à propos de la médecine vétérinaire. Dans la première espèce, M. X, médecin, radié sur sa propre demande, conduisait des expertises sur la personne de salariés prestataires d'indemnités d'arrêt de travail, versées par la sécurité sociale. La Cour de cassation considère qu'ayant expressément sollicité sa radiation de l'ordre, M. X « *n'a pu se méprendre sur sa situation au regard de l'ordre* ». Elle ajoute qu'étant « *chargé de vérifier si l'état de santé de sa patiente justifiait la prolongation de son arrêt de travail, l'intéressé a nécessairement procédé à l'examen clinique de la patiente* ». Au visa de l'article L. 4161-1 du Code la santé publique, la Haute juridiction en conclut que, « *sans être inscrit au tableau de l'ordre des médecins, M. X a fait usage du titre attaché à la profession de médecin, auquel il n'avait plus droit, et a pris part de manière habituelle à l'établissement de diagnostics* » se rendant ainsi coupable d'exercice illégal de la médecine. Dans la seconde espèce, M. Y, se faisant passer pour un vétérinaire, pratiquait des échographies sur des animaux afin de décider s'ils étaient ou non gravides. La Cour de cassation a estimé que « *le fait de rechercher et déterminer, au moyen d'une échographie, l'état de gravidité d'un animal, constitue un diagnostic de gestation relevant de la médecine vétérinaire* ». Les juges en déduisent « *qu'un tel acte ne pouvait être pratiqué par M. Y, qui n'a pas la qualité de vétérinaire et ne rentre pas dans les cas dérogatoires prévus par l'article L. 243-2 du Code rural* ». La Haute juridiction confirme ainsi l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Versailles en date du 16 février 2009 ayant condamné M. Y pour exercice illégal de la médecine vétérinaire.

– **Médecin gynécologue - obligation d'information - responsabilité - article [1147](#) du Code civil - article [L. 1111-2](#) du Code de la santé publique** (Cass. Crim, 6 mai 2010, [n° 09-11157](#)) :

En l'espèce, à la suite de la naissance de leur enfant atteint d'une trisomie 21, les parents ont recherché la responsabilité du médecin gynécologue en charge de la grossesse lui reprochant de ne pas les avoir informé de la possibilité de faire pratiquer une échographie à la 12<sup>e</sup> semaine dans le cadre de la détection des signes de la trisomie et de ne pas avoir prescrit cet examen. La Cour d'appel de Colmar les ayant déboutés, ils ont donc formé un pourvoi en cassation. Dans un arrêt en date du 6 mai 2010, la Cour de Cassation a rappelé, qu'en vertu des articles 1147 du Code civil et L. 1111-2 du Code de la santé publique, « *tout professionnel de santé a la charge,*

*dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables de procéder à l'information des personnes sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui leur sont proposés quant à leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus et que seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut l'en dispenser ». L'arrêt retient que, « selon l'expert, cette échographie constituait le moyen le plus fiable et le plus adapté de déceler, par la mesure de la nuque du fœtus, une éventuelle trisomie 21, à condition qu'il soit pratiqué dans les délais indiqués ». Il ajoute qu'il était, en l'espèce, « possible, si se révélait une trisomie 21, considérée comme une affection incurable et d'une particulière gravité, de recourir à une interruption de grossesse, de sorte que le gynécologue, qui n'était pas dispensé de son obligation d'information par l'intention, d'ailleurs non suivie d'effet, exprimée par la patiente de consulter un autre médecin, avait, par son abstention, privé celle-ci de la possibilité d'obtenir un des éléments du diagnostic de la trisomie 21 du fœtus, lequel lui aurait permis d'exercer le choix éclairé d'interrompre ou non sa grossesse ». Dès lors, la Haute juridiction en conclut que la Cour d'appel a violé les textes susvisés.*

## Doctrines:

– **Psychothérapeute - titre protégé - réglementation - loi n° 2004-806 du 9 août 2004 - loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** (RDSS, 2010, p. 313) :

Article de M. Couturier et N. Proia-Leouey intitulé : « *La psychothérapie, la médecine et le droit : contenu et implications de la réglementation du titre de psychothérapeute après la loi HPST* ». Les auteurs dressent ici une présentation de la situation afin de démêler l'écheveau qui s'est noué depuis le début des années 2000 autour de l'activité de psychothérapeute et que la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. « *Afin de lutter contre certaines dérives dans le monde des psychothérapeutes, le législateur avait inséré, dans la loi du 9 août 2004, un article 52 qui encadrerait l'usage de ce titre. Or, celui-ci attend depuis lors les textes réglementaires nécessaires à son entrée en application. Leur adoption a été retardée par de multiples complications [...], complications amplifiées par les approximations rédactionnelles de la loi* ». L'auteur explique que c'est pour mettre un terme à ces errances que l'article 91 de la loi HPST du 21 juillet 2009, parmi ses dispositions annexes, a opéré une modification de l'article 52 de la loi du 9 août 2004 relatif à la réglementation du titre de psychothérapeute. Il ajoute que cette modification, qui est intervenue afin de régler divers problèmes suscités par la rédaction initiale de ce texte, ne solde cependant pas tous les problèmes liés à l'encadrement de l'activité de psychothérapeute et soulève diverses questions quant aux rapports présents et futurs entre les activités du psychisme, la médecine et l'État.

– **Infirmière - étudiante - erreur - responsabilité** (Droit Déontologie et soin, 2010, p. 61) :

Article de E. Gond intitulé : « *Erreur d'une étudiante infirmière dans la mise en oeuvre d'une prescription médicale* ». L'article s'appuie sur une expertise judiciaire en soins infirmiers afin d'apporter un éclairage sur la gestion des risques par les professionnels infirmiers. En l'espèce, une étudiante infirmière a commis une erreur en administrant à la mauvaise personne le contenu d'une seringue d'insuline. Après plusieurs jours passés dans un état de coma, la patiente a décidé de porter plainte contre l'étudiante estimant que celle-ci avait mis sa vie en danger. Afin d'obtenir un éclairage sur la pratique des soins infirmiers, deux experts ont été désignés par le juge chargé de l'instruction. Se fondant sur le rapport d'expertise, l'auteur rappelle qu'une étudiante infirmière qui commet une erreur engage sa responsabilité sur le plan pénal, et l'infirmière qui l'encadre peut également être poursuivie, en cas de négligence. En l'espèce, l'infirmière ne pouvait ignorer le risque que représente une injection d'insuline si celle-ci n'est pas administrée à la bonne personne. Or, elle n'avait pas précisé à l'étudiante le nom du destinataire de la seringue qu'elle avait préparée. Elle n'a donc pas veillé à la bonne exécution des actes accomplis par l'étudiante placée sous sa responsabilité et a délibérément violé une obligation de prudence. Quant à l'étudiante, celle-ci a commis une faute caractérisée car elle ne pouvait ignorer le danger qu'elle faisait courir à la patiente en ne réalisant pas le soin, comme elle aurait dû. L'auteur rappelle, qu'indépendamment de la décision pénale, la faute d'un étudiant et de son encadrement peut être sanctionnée sur le plan disciplinaire et ordinal.

– **Responsabilité médicale - perte d'une chance - naissance - handicap** (Note sous Cass. Civ., 1<sup>ère</sup>, 28 janvier 2010, [n° 08-20755](#)) (RDSS, 2010, p. 372) :

Note de A. Vignon- Barrault sous un arrêt de la Cour de cassation du 28 janvier 2010. L'auteur revient sur un arrêt de la Cour de Cassation ayant déclaré des médecins et une clinique responsables *in solidum* de la perte de chance subie par un enfant né lourdement handicapé de voir limiter son infirmité, peu important que l'origine première du handicap soit affectée d'un degré d'incertitude. L'auteur explique que « *la jurisprudence utilise fréquemment la notion de perte de chance afin de réparer un dommage qui n'est pas nettement en relation causale avec la faute* ». Cette décision est, selon lui, « *guidée par l'équité qui commandait d'accueillir l'action en responsabilité en présence de si nombreux manquements et ce, en dépit d'un lien de causalité flottant*. Il décrit comment cet arrêt illustre « *la théorie de l'équivalence des conditions que la jurisprudence a tendance à privilégier* ». Ainsi, le recours à la responsabilité *in solidum* découle du préjudice qui est ici envisagé « *comme l'addition des fautes commises successivement par les différents praticiens* ». Ainsi, « *le canal de la perte de chance permet à la fois de contourner l'écueil de la causalité et de déboucher sur une pluralité de coauteurs, ce qui est à la fois une garantie de solvabilité et l'assurance d'une prise en charge morale plus large* ».

## 4. Etablissements de santé

---

### Législation :

#### Législation interne :

- **Centre hospitalier - soin hospitalier - Nanterre** (J.O. du 5 mai 2010) :

[Décret n° 2010-450 du 3 mai 2010](#) relatif au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

- **Etablissement public de santé - commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** (J.O. du 5 mai 2010) :

[Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010](#) relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements public de santé.

- **Etablissement public de santé - comité technique d'établissement** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Décret n° 2010-436 du 30 avril 2010](#) relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé.

- **Communauté hospitalière de territoire** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Décret n° 2010-438 du 30 avril 2010](#) portant diverses dispositions relatives aux communautés hospitalières de territoire.

- **Etablissement de santé public - commission médicale d'établissement** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010](#) relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.

- **Cabinet - clinique - vétérinaire - convention collective nationale** (J.O. du 11 mai 2010) :

[Arrêté du 3 mai 2010](#) pris par le ministre du travail de la solidarité et de la fonction publique portant extension d'un avenant à la convention collective nationale des cabinets et cliniques vétérinaires (n° 1875).

– **Institut de formation paramédical – fonctionnement** – [arrêté du 21 avril 2007](#) (J.O. du 11 mai 2010) :

[Arrêté du 3 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

– **Indemnité forfaitaire de fonction – président de la commission médicale d'établissement – vice-président du directoire** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Arrêté du 30 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire de fonction au président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire.

– **Etablissement de santé – élément tarifaire** – articles [L. 162-22-3](#) et [L. 162-22-6](#) du Code de la sécurité sociale (J.O. du 7 mai 2010) :

[Arrêté du 28 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat fixant les éléments tarifaires mentionnés au 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du Code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale pour l'année 2010.

– **Indemnisation – administrateur** – article [R. 382-6](#) du Code de la sécurité sociale (J.O. du 5 mai 2010) :

[Arrêté du 22 avril 2010](#) pris par le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat relatif à l'indemnisation des administrateurs des organismes agréés mentionnés à l'article R. 382-6 du Code de la sécurité sociale.

### Jurisprudence :

– **Clinique – pharmacienne – licenciement – faute – doute** (Cass. soc., 21 avril 2010, [n° 09-40511](#)) :

En l'espèce, une pharmacienne engagée à mi-temps dans une clinique laisse des flacons de méthadone à la vue et à la portée de tous sur une paillasse de l'infirmier

en quittant son travail. La clinique licencie alors cette dernière pour faute grave le 8 mars 2006. La pharmacienne saisit alors le Conseil des prud'hommes en soulignant que le flacon était destiné à un patient dans la journée. La Cour de cassation précise qu'un doute existant sur l'utilisation des flacons de méthadone, aucune faute grave ne peut être reprochée à l'employée.

– **Hospitalisation à temps partiel - prestation - tarification** (Cass. civ. 2<sup>ème</sup>, 6 mai 2010, [n° 09-14544](#)) :

En l'espèce, une polyclinique fait l'objet d'un redressement par la caisse mutuelle sociale agricole. Cette dernière lui signifie alors la présence d'un indu correspondant à des anomalies relevées dans l'application des règles de tarification relatives à l'hospitalisation à temps partiel à des actes d'exploration. Pour les juridictions de premier degré, il appartient à la caisse d'établir le caractère injustifié de la prise en charge en milieu hospitalier des actes d'exploration litigieux. Dès lors, la notification de l'indu est annulée par le Tribunal des affaires de la sécurité sociale saisit de l'affaire. La Cour de cassation casse ce jugement en soulignant que la caisse ne contestait pas la réalité des actes mais leur qualification au regard des règles de tarification.

### Doctrine :

– **Hôpital - direction - pouvoir - compétence - contrôle - loi [n° 2009-879](#) du 21 juillet 2009 - décrets [n° 2009-1759](#) et [n° 2009-1761](#) du 30 décembre 2010 - décrets [n° 2010-259](#), [n° 2010-260](#) et [n° 2010-261](#) du 11 mars 2010** (A.J.D.A., 3 mai 2010, p. 888) :

Article de J. Saison-Demars intitulé : « *Un patron dans l'hôpital : mythe ou réalité ?* ». Dans un premier temps, l'auteur analyse les nouvelles compétences du directeur d'établissement ainsi que ses facultés en tant que président du directoire de l'hôpital. Puis, elle indique les caractéristiques nécessaires à cette fonction avant de présenter les limites de l'action du directeur. En effet, l'auteur souligne l'omniprésence de l'Agence Régionale de Santé dans la politique de l'établissement ainsi que les contraintes liées à l'activité et à la nature administrative de l'établissement public de santé.

– **Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) - Service d'accueil et de traitement des urgences - responsabilité - C.E., 18 février 2010, [n° 318891](#)** (R.D.S.S., 2010, p. 370) :

Note de D. Cristol sous un arrêt du Conseil d'Etat en date du 18 février 2010. L'auteur rappelle les principes de partage de responsabilité devant le tribunal administratif en cas d'intervention de deux débiteurs agissant conjointement dans un

domaine d'activité donné. En l'espèce, un homme est victime d'une faute commise à l'occasion d'un transfert d'un établissement de santé vers un autre. Le Conseil d'Etat souligne que lorsque les services impliqués dépendent d'établissements de santé différents, le patient peut rechercher la responsabilité de l'un seulement, « sans préjudice des appels en garantie que peuvent former l'un contre l'autre les établissements ayant participé à la prise en charge du patient ». L'auteur précise que le principe de cette responsabilité conjointe s'applique également en matière de vaccinations obligatoires, de décision de fin de placement dans un hôpital psychiatrique et en matière transfusionnelle.

## 5. Politiques et structures médico-sociales

---

### Doctrine :

- **Enfant - handicap - étude** (BEH, n° 16-17, 4 mai 2010) :

La revue BEH propose un numéro thématique intitulé : « *Handicap de l'enfant* ». Au sommaire de ce numéro figurent les articles suivants :

- Ch. Cans, Y. Makdessi-Raynaud, C. Arnaud, « *Connaître et surveiller les handicaps de l'enfant* » ;
- A. Taconnet, P. Gilbert, « *Le Système d'informations partagées dans le champ du handicap* » ;
- M. Delobel-Ayoub, M. Van Bakel, D. Klapouszczak, V. Ehlinger, C. Tronc, C. Arnaud, Ch. Cans, « *Prévalence des déficiences sévères chez l'enfant en France et évolution au cours du temps* » ;
- S. Rey, M. Nicolas, Ch. Cans, « *Déficiences intellectuelles sévères de l'enfant dans trois départements français : fréquence et caractéristiques* » ;
- E. Javouhey, M. Chiron et le Groupe Serac, « *Handicaps de l'enfant consécutifs à un accident de la circulation, France. Étude de suivi d'enfants réanimés à la suite d'un accident de la circulation* » ;
- E. Sellier, J. de la Cruz, Ch. Cans, « *La surveillance de la paralysie cérébrale en Europe : le réseau SCPE* » ;
- M. Sentenac, V. Ehlinger, C. Arnaud, « *Qualité de vie des enfants atteints de paralysie cérébrale en Europe : résultats de l'enquête SPARCLE* » ;
- P.-Y. Ancel, G. Bréart, M. Kaminski, B. Larroque, « *Devenir à l'âge scolaire des enfants grands prématurés. Résultats de l'étude Epipage* ».

- [Convention des Nations Unies du 13 décembre 2006](#) - droits des handicapés - loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009 - [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) - articles [L. 251 III](#) et [D. 245-4](#) du Code de l'action sociale et des familles (RTD. civ., 2010, p. 162) :

Article de M. Bacache intitulé : « *Droits des handicapés –Convention des Nations Unies. Loi n° 2009-1791 du 31 décembre 2009 autorisant la ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées* ». Comme le rappelle l’auteur, « *si certains articles [de la Convention] paraissent reconnaître directement des droits aux personnes handicapées, la plupart de ces stipulations s’adressent aux Etats parties à la Convention et expriment des obligations qui s’imposent uniquement à ceux-ci* ». L’auteur pose la question de savoir quel sera le sort réservé aux enfants nés handicapés, rappelant que si en l’état actuel du droit, le handicap de naissance ouvre droit à réparation au bénéfice des enfants nés avant la loi du 4 mars 2002, ceux nés après en revanche sont soumis aux conditions restrictives des articles L. 251 III et D. 245-4 du Code de l’action sociale et des familles. Ainsi, « *il conviendrait [...], dans l’optique d’une meilleure compensation du handicap de l’enfant, de confier à l’ONIAM l’indemnisation des dommages liés à la naissance* », ce qui aurait pour effet de mettre la France en conformité avec l’article 28 de la Convention.

– **Service public territorial – personne dépendante – téléassistance** (note sous C.E., 3 mars 2010, [n° 306911](#)) (RDSS, 2010, p. 341) :

Article de G. Koubi et G. J. Guglielmi intitulé : « *La téléassistance aux personnes dépendantes, un service public territorial* ». En l’espèce, le Conseil général du département de Corrèze a, par une délibération du 23 juin 2000, décidé de « *mettre en place un dispositif départemental de téléassistance afin de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et handicapées* ». Ayant retenu, pour sa mise en œuvre, le procédé de la délégation de service public et a engagé la procédure de mise en œuvre en concurrence appropriée. Une société candidate dont l’offre fut écartée a saisi la juridiction administrative. La Cour administrative d’appel a annulé cette délibération. Le Conseil d’Etat annule à son tour l’arrêt de la Cour administrative d’appel, mettant en évidence, comme le soulignent les auteurs, un « *intérêt public à travers le faisceau d’attributions légales du département en matière d’aide sociale, ainsi que dans la nature particulièrement protégée des usagers et dans la maîtrise du département sur les objectifs et l’organisation d’un service public plus territorialisé que local* ».

### Divers :

– **Forfait journalier hospitalier (FJH) – Allocation aux adultes handicapés (AAH) – article [L. 174-4](#) du Code de la sécurité sociale – augmentation ([www.senat.fr](http://www.senat.fr)) :**

[Réponse](#) de la ministre de la santé et des sports à une question relative aux conséquences d'une nouvelle augmentation du forfait hospitalier pour les personnes handicapées. Le député fait remarquer que l'allocation aux adultes handicapés n'a



augmenté que de 2,5 %, que nombreuses sont les personnes handicapées qui ne bénéficient pas de mutuelles et qu'enfin elles sont très souvent hospitalisées. La ministre rappelle qu'en moyenne, 90 % des assurés ont une prise en charge illimitée du FJH en médecine, chirurgie, obstétrique, sachant que 90 % des séjours ont une durée inférieure à quinze jours. Par ailleurs, l'AAH a déjà été revalorisée quatre fois depuis 2008. Son montant est, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009, de 10 % de plus. Chaque année jusqu'en 2012, l'AAH sera ainsi revalorisée deux fois par an pour atteindre l'objectif de 25% d'augmentation. Au total, en 2012, l'AAH sera égale à 776 €, soit une augmentation de 150 €.

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

---

### Législation :

#### Législation européenne :

– **Denrée alimentaire – allégation de santé – maladie – enfant** (J.O.U.E du 6 mai 2010) :

[Règlement n° 382/2010 de la Commission du 5 mai 2010](#) concernant le refus 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 des enfants.

– **Denrée alimentaire – allégation de santé – maladie – enfant** (J.O.U.E du 6 mai 2010) :

[Règlement n° 384/2010 de la Commission du 5 mai 2010](#) relatif à l'autorisation et au 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.

– **Denrée alimentaire – allégation de santé – maladie – enfant** (J.O.U.E du 6 mai 2010) :

[Règlement n° 383/2010 de la Commission du 5 mai 2010](#) refusant d'autoriser une allégation de santé portant sur les denrées alimentaires, autre que celles faisant

référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé des enfants.

– **Denrée alimentaire – allégation de santé – maladie – enfant** (J.O.U.E du 4 mai 2010) :

[Règlement n° 375/2010 de la Commission du 3 mai 2010](#) refusant d'autoriser une allégation de santé portant sur les denrées alimentaires, autre que celles faisant référence à la réduction d'un risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé des enfants.

– **Denrée alimentaire – allégation de santé – maladie – enfant – [règlement n° 983/2009](#) – modification** (J.O.U.E du 4 mai 2010) :

[Règlement n° 376/2010 de la Commission du 3 mai 2010](#) modifiant le règlement n 983/2009 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.

– **Produit chimique – Agence européenne des produits chimiques – règlement (CE) [n° 1907/2006](#)** (J.O.U.E du 13 mai 2010) :

[Décision du Conseil du 10 mai 2010](#) portant nomination d'un membre du conseil d'administration de l'Agence européenne des produits chimiques.

*Législation interne :*

– **Générique – répertoire** (J.O. du 12 mai 2010) :

[Décision du 12 mars 2010](#) pris par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé portant inscription au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique.

– **Equipement sanitaire – autorisation – durée de validité** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Décret n° 2010-437 du 30 avril 2010](#) relatif à la durée de validité des autorisations d'équipement sanitaire.

– **Equipement sanitaire – visite de conformité – article [L. 6122-4](#) du Code de la santé publique – application** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Décret n° 2010-440 du 30 avril 2010](#) relatif à la visite de conformité prévue à l'article L. 6122-4 du code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité - service public** (J.O. des 7 et 11 mai 2010) :

Arrêté [n° 34](#) du 15 avril 2010 et [n° 38](#) du 5 mai 2010 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 relatifs à la modification de la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Publicité - objet - appareil - méthode - articles [L. 5122-15](#), [L. 5422-12](#), [L. 5422-14](#) et [R. 5122-23](#) à [R. 5122-26](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 7 mai 2010) :

Décisions [n° 38](#) du 1<sup>er</sup> avril 2010 et [n° 39](#) du 6 avril 2010 prises par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé relatives à l'interdiction, en application des articles L. 5122-15, L. 5422-12, L. 5422-14 et R. 5122-23 à R. 5122-26 du Code de la santé publique, la publicité pour un objet, appareil ou méthode présenté comme bénéfique pour la santé lorsqu'il n'est pas établi que ledit objet, appareil ou méthode possède les propriétés annoncées.

– **Générique - groupe - répertoire - modification - article [L. 5121-5](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 6 mai 2010) :

[Décision du 19 mars 2010](#) prise par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique.

– **Installation de radiodiagnostic - qualité externe - contrôle - organisme - agrément** (J.O. du 6 mai 2010) :

[Décision du 16 avril 2010](#) prise 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 de certaines installations de radiodiagnostic.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. des 7 et 11 mai 2010) :

Avis [n° 116](#) du 7 mai 2010 et [n° 152](#) du 11 mai 2010 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L.162-16-5](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 7 mai 2010) :

[Avis du 7 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatifs au prix d'une spécialité pharmaceutique publié en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - autorisation de mise sur le marché - suspension** (J.O. du 6 mai 2010) :

[Avis du 6 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à la suspension d'autorisation de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

### Doctrine :

– **Laboratoire pharmaceutique - public - communication - information - publicité** (R.D.S.S., 2010, n° 2, p. 221 à 234) :

Article de J. Peigné intitulé : « *La communication directe des laboratoires pharmaceutiques avec le public : de la police des produits au service des patients ?* ». L'auteur se demande « *comment appréhender avec les modèles juridiques traditionnels l'économie immatérielle du médicament* ». Il constate qu'historiquement les patients ont été « *totalelement occultés* ». Puis, il analyse « *les interférences entre la notion d'information et celle de publicité* » et considère qu'il existe un « *glissement d'une logique de patient vers celle du client* ». Enfin, l'auteur étudie les impacts de l'éducation thérapeutique sur la communication entre les patients et les laboratoires en s'interrogeant sur la nature publique ou privée du service gérant la mission de diffusion de l'information pharmaceutique. L'auteur préconise d'instaurer un service public, « *une sorte de "légifrance" du médicament* ».

– **Amalgame dentaire contenant du mercure - interdiction - [directive n° 93/42/CEE](#) - dispositif médical - marquage de conformité CE - protection de la santé et de l'environnement** (Note sous C.J.C.E., 19 novembre 2009, [C-288/08](#) ; R.D.S.S., 2010, n° 2, p. 378 à 380) :

Note de M. Aulois-Griot sous l'arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes du 19 novembre 2009 considérant que le principe de libre circulation posé par la Directive n° 93/42/CEE fait obstacle à l'application d'une règle nationale interdisant l'exportation, à titre professionnel, des amalgames dentaires contenant du mercure en raison de considération tenant à la protection de l'environnement et de la santé. L'auteur rappelle que la directive garantit la libre circulation des dispositifs

médicaux dans l'Union européenne et la sécurité sanitaire de ces produits par l'attestation d'un marquage CE. Ce marquage pose une présomption de conformité aux exigences sanitaires de l'Union européenne qui ne peut être renversée que par la procédure de sauvegarde.

– **Produit défectueux – responsabilité – distilbène – présomption de causalité** (Note sous Cass. Civ. 1<sup>ère</sup>, 24 septembre 2009, [n° 08-10081](#) et [n° 08-16305](#), R.T.D. civ., 2010, p. 111) :

Note de P. Jourdain intitulée : « *Une nouvelle présomption de causalité, au profit cette fois des victimes de DES ou distilbène* ». L'auteur étudie le lien de causalité entre les fautes des laboratoires et les affections des victimes. Selon l'auteur, contrairement aux arrêts de 2006 qui statuaient uniquement sur la faute des laboratoires, ceux de 2009 mettent « *en relief la double relation qui doit exister pour caractériser le lien entre la faute du laboratoire et le dommage de la victime* ». L'auteur conclut en approuvant la solution retenue, en l'espèce, par la première chambre de la Cour de cassation mais en souligne les limites. Il fait notamment remarquer que « *l'injustice* », côté défendeur, qui découle de la solution « *est supportable parce qu'elle n'affecte ici que l'un des laboratoires mais qu'en serait-il dans des situations où l'on en compterait une dizaine ?* ».

– **Produit défectueux – responsabilité – délai – défendeur – substitution – droit européen – droit national** (Europe, avril 2010, n° 4, étude 4) :

Article de G. Busseuil intitulé : « *L'action en réparation du fait d'un produit défectueux : le difficile équilibre entre harmonisation totale et autonomie procédurale des Etats membres* ». L'auteur constate que la Cour de justice de l'Union européenne refuse « *la substitution de partie au regard des caractères de l'harmonisation de la responsabilité du fait des produits défectueux* » mais qu'elle admet, néanmoins, « *une substitution de partie sur le fondement d'une interprétation fonctionnelle de la notion de producteur* ». L'auteur estime qu'il existe une difficulté à concilier l'autonomie procédurale des Etats membres avec l'efficacité du renvoi préjudiciel.

– **Médicament – effet indésirable – autorisation de mise sur le marché – principe de précaution – préjudice économique** (Note sous C.E., 26 janvier 2010, [n° 335102](#) ; Les Petites Affiches, 4 mai 2010, n° 88, p. 14 à 22) :

Note de M. Baumeveille intitulée « *Le juge administratif entre urgence, intérêts économiques et principe de précaution* » sous l'arrêt du Conseil d'Etat qui a suspendu l'exécution d'une suspension d'autorisation de mise sur le marché prononcée par le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'auteur considère que la décision du Conseil d'Etat suscite des interrogations sur « *l'opportunité que l'intervention de l'arbitrage communautaire a offert au juge par rapport au contentieux administratif classique applicable aux décisions du directeur général de l'Afssaps* ». Puis, l'auteur analyse les motivations « *qui ont conduit le juge administratif à*

*retenir l'urgence à suspendre une décision visant à la protection de la santé publique en raison d'effets indésirables graves ».*

– **Agence européenne des médicaments - évaluation - rapport final - décret n° 2010-344 - médicament** (Droit et pharmacie Actualités, avril 2010, n° 8) :

Articles de la rédaction présentant :

- Le rapport final de la Commission européenne sur l'évaluation de l'Agence européenne des médicaments, p. 409
- Le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 « d'application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » et les médicaments, p. 421.

## Divers

– **Médicament - gaspillage - consommation - coût** ([www.senat.fr](http://www.senat.fr)) :

Réponse ministérielle du 29 avril 2010 de la ministre de la santé et des sports à la question de Mme Hermange l'alertant sur le gaspillage des médicaments. La ministre rappelle que « *différentes mesures ont été prises ces dernières années par les pouvoirs publics pour lutter contre le « gaspillage » de médicaments en améliorant l'adaptation des conditionnements* ». De plus, des mesures ont été prises pour lutter contre les surplus de médicaments dans le cadre des missions confiées à la Haute autorité de santé. Enfin, la ministre constate qu'il existe peu d'études ou d'enquêtes sur l'observance au niveau des traitements.

– **Antibiotique - importation - mesure antisubvention - règlements n° 713/2005 et n° 1176/2008** (J.O.U.E. du 12 mai) :

Avis d'ouverture d'un réexamen au titre de l'expiration des mesures compensatoires applicables aux importations de certains antibiotiques à large spectre originaires de l'Inde.

## 7. Santé environnementale et santé au travail

---

### Législation :

Législation européenne :

– Mesure de sauvegarde – dérogation – obligation – [directive 2001/80/CE](#) – limitation – émission de polluants – installation de combustion (J.O.U.E. du 4 mai 2010) :

[Décision de la Commission du 4 mai 2010](#) concernant la demande d'autorisation présentée par la Bulgarie d'adopter des mesures de sauvegarde pour déroger aux obligations prévues par la directive 2001/80/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la limitation des émissions de certains polluants dans l'atmosphère en provenance des grandes installations de combustion. [Notifiée sous le numéro C(2010) 2688].

#### Législation interne :

– Rayonnement ionisant – accident – incident – signalement (J.O. du 6 mai 2010) :

[Décret n° 2010-457 du 4 mai 2010](#) relatif au signalement des incidents ou des accidents liés à l'exposition aux rayonnements ionisants.

– Risque chimique – lieu de travail – contrôle – décret [n° 2009-1570](#) du 15 décembre 2009 – mise en œuvre – modalité (B.O. du 30 avril 2010) :

[Circulaire DGT n° 2010-03 du 13 avril 2010](#) relative au contrôle du risque chimique sur les lieux de travail prise par le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Cette circulaire explicite les modalités de mise en œuvre du nouveau dispositif de contrôle du risque chimique prévu par le décret n° 2009-1570 du 15 décembre 2009.

#### Jurisprudence :

– Inaptitude – salarié – médecin du travail – inspecteur du travail – rétroactivité – question préjudicielle – article [L. 4624-1](#) du Code du travail (C.E., 16 avril 2010, [n° 326553](#)) :

Par un avis du 17 mars 2005, le médecin du travail a déclaré Mme X inapte à son poste de travail pour raison de santé. Par une décision du 3 mai 2005, l'Inspecteur du travail a infirmé l'avis du médecin du travail. Mme X a alors saisi le Conseil des prud'hommes de Mulhouse d'un litige l'opposant à son ancien employeur, la société Y. Par jugement du 15 mai 2006, le Conseil des prud'hommes a sursis à statuer invitant les parties à saisir la juridiction administrative « *afin qu'elle dise si la décision du 3 mai 2005 [...] a eu une portée rétroactive* ». Par jugement du 24 avril 2007, le

tribunal administratif de Strasbourg a jugé que « *la décision en cause avait produit ses effets, rétroactivement, à compter du 17 mars 2005* ». Le Conseil d'Etat, devant lequel le litige est finalement porté, rappelle qu'il résulte des dispositions de l'article L. 4624-1 du Code du travail « *qu'en cas de difficulté ou de désaccord sur les propositions formulées par le médecin du travail concernant l'aptitude d'un salarié à occuper son poste de travail, il appartient à l'inspecteur du travail, saisi par l'une des parties, de se prononcer définitivement sur cette aptitude et que son appréciation, qu'elle soit confirmative ou infirmative de l'avis du médecin du travail, doit être regardée comme portée dès la date à laquelle cet avis a été émis* ». Par conséquent, la requête de la société Y doit être rejetée. En effet, « *la société Y n'est pas fondée à se plaindre de ce que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Strasbourg a déclaré que la décision du 3 mai 2005, par laquelle l'inspecteur du travail de la 5ème section du Haut-Rhin a infirmé l'avis du médecin du travail du 17 mars 2005 déclarant Mme X inapte à son poste de travail, avait produit effet à compter de la date de cet avis* ».

– **Accident du travail - prise en charge - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - opposabilité - employeur - faute inexcusable - indemnisation complémentaire - préjudice sexuel - préjudice d'agrément - article [L. 452-3](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. 2<sup>ème</sup> Civ., 8 avril 2010, [n° 09-14047](#)) :

M. X, salarié de la société Y, mis à la disposition de la société Z, a été victime en juillet 2000 d'un accident du travail. A la suite de cet accident, la CPAM de la Gironde lui a attribué une rente au taux d'incapacité de 100 %. Par un arrêt irrévocable, la décision de prise en charge de cet accident au titre de la législation professionnelle a été déclarée inopposable à l'employeur. M. X, assisté de son curateur, a formé une demande en indemnisation complémentaire de son préjudice résultant de la faute inexcusable de son employeur. La Cour d'appel de Bordeaux a fait droit à sa demande condamnant la CPAM à l'indemniser de son préjudice sexuel consécutif à l'accident du travail dont il a été victime. La CPAM fait grief à l'arrêt de l'avoir condamné à allouer à la victime une somme au titre du préjudice sexuel « *alors que la victime d'un accident du travail dû à la faute inexcusable de son employeur ne peut obtenir, en sus de la rente ou du capital lié aux suites de cet accident, que l'indemnisation de ses souffrances physiques et morales, de son préjudice esthétique et d'agrément ainsi que de celui résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle* ». La Cour de cassation rejette le pourvoi formé par la CPAM. Elle rappelle « *qu'au sens de l'article L. 452-3 du Code de la sécurité sociale, le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence, notamment le préjudice sexuel* ». En l'espèce, l'arrêt retient que « *selon le médecin expert, M. X ne peut plus avoir de relations sexuelles* ». La Cour d'appel, en statuant ainsi, a donc légalement justifié sa décision.

### Doctrine :

– **Accident du Travail et Maladie professionnelle (AT-MP) - risque professionnel - procédure d'instruction des déclarations - Caisse Primaire**



**d'Assurance Maladie (CPAM) – décret [n° 2009-938](#) du 29 juillet 2009** (JCP Social, n° 16, 20 avril 2010, p. 1157) :

Etude par P. Baby et P. Coursier intitulée : « *Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations* ». Les auteurs reviennent sur la réforme du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ils relèvent que celle-ci suit le rapport « *Fouquet II* » qui préconise notamment de « *préciser l'étendue de l'obligation d'information de l'employeur au cours de la procédure d'instruction des déclarations d'accident du travail et de maladies professionnelles* ». Selon les auteurs, l'objectif du décret de 2009 est de « *simplifier la tâche des caisses primaires en charge de la gestion des AT-MP, en même temps qu'à éteindre le nombre des actions contentieuses engagées par les entreprises contre la reconnaissance de sinistres et à réduire ainsi la perte de recettes de la branche AT-MP* ». Parmi les simplifications apportées par le décret, ils citent l'uniformisation du délai de réponse de la caisse primaire. Désormais, l'absence de réception du certificat médical initial ne fait plus courir le délai de réponse. Dans le cadre des réserves émises par l'employeur, les auteurs observent que la réforme reprend l'essentiel du droit jurisprudentiel en autorisant l'employeur à « *émettre des réserves motivées* » auprès de la CPAM. En matière de contestation, l'étude note que la CPAM « *doit procéder obligatoirement à la notification de sa décision faisant grief à l'employeur « par tout moyen permettant de déterminer la date de réception* » ». Les auteurs estiment d'ailleurs que l'employeur est « *« invité » à saisir la commission de recours amiable* ». En cas de décision de refus, ils soulignent que la CPAM doit notifier à l'assuré et à son employeur « *un refus de prise en charge* ». Enfin, la contestation relative à l'incapacité permanente émise par l'employeur doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception dans un délai de deux mois suivant la notification, devant le tribunal du contentieux de l'incapacité. Les auteurs regrettent néanmoins que le décret de 2009 ne sécurise que faiblement les droits des entreprises et des assurés sociaux.

– **Accident du Travail et Maladie Professionnelle (AT-MP) – délai raisonnable – articles [6](#) de la Convention européenne des Droits de l'Homme (CEDH)** (Note sous CEDH, 8 octobre 2009, [n° 47757/06](#)) (JCP Social, n° 16, 20 avril 2010, p. 1164) :

Note de P. Coursier sous l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme du 8 octobre 2009 intitulée : « *L'origine professionnelle d'une maladie doit être reconnue dans un délai raisonnable* ». Selon l'auteur, la Cour relève que « *si l'allongement des délais de procédure ne saurait être imputé au tribunal social lorsqu'il résulte d'une multitude de prétentions ou d'arguments avancés par le demandeur, ce dernier ne peut davantage en être tenue pour entièrement responsable dès lors qu'il a fait valoir des prétentions prévues ou rendues possibles par la loi* ». Il note qu'au vu de l'article 6§1 de la CEDH, « *toute personne a le droit à ce que sa cause soit entendue (...) dans un délai raisonnable, par un tribunal (...) qui décidera (...) des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil (...)* ». Ainsi, l'auteur estime que « *l'attitude des parties ne dispense pas les juges d'assurer eux-mêmes la célérité exigée* » par l'article précité.

– **Accident du travail - risque psychosocial - suicide - faute inexcusable - stress** (Note sous TASS des Hauts-de-Seine, 17 décembre 2009, n° 08-01023/N) (Revue Droit Social, mai 2010, p. 586) :

Note de L. Milet sous la décision du Tribunal des affaires de sécurité sociale des Hauts-de-Seine du 17 décembre 2009 intitulée : « *Accident du travail. Suicide du salarié au temps et au lieu du travail. Faute inexcusable de l'employeur. Absence de mesures appropriées pour détecter, au titre des risques psychosociaux, les facteurs de stress rencontrés par les salariés* ». En l'espèce, un salarié se suicide sur son lieu de travail. Le tribunal des affaires sociales de sécurité sociale retient la responsabilité de l'employeur. L'auteur relève que ce dernier aurait dû avoir conscience de la dégradation de l'état de santé du salarié, dégradation due aux difficultés rencontrées dans son emploi, notamment dans l'augmentation de la charge de travail. Il souligne que l'employeur « *doit non seulement rechercher des solutions individuelles pour le salarié concerné, mais aussi s'interroger sur les mesures mises en œuvre sur le plan collectif pour détecter les facteurs de stress rencontrés par l'ensemble des salariés face aux risques psychosociaux générés par une organisation du travail pathogène* ».

– **Accident du travail - maladie professionnelle - risque professionnel - définition - catégorisation** (JCP Social, 2010, p. 1157) :

Article de P. Coursier intitulé : « *Risques professionnels : entre catégorisation et définition* ». Selon l'auteur, le législateur, en rassemblant les risques professionnels sous le titre « *accidents du travail et maladies professionnelles* », délaisse les autres types de risque tel que les « *accidents du trajet* ». Cependant, il relève que rien interdit aux tribunaux « *de reconnaître parfois l'origine professionnelle d'un accident ou d'une maladie en dehors des situations strictement énumérées par le Code de la sécurité sociale* ». Il remarque que la jurisprudence a procédé à une tentative de « *catégorisation* » des risques, dont le contrôle est assumé par les juridictions. L'auteur estime qu'une définition claire des risques professionnels, entendus comme risques « *rencontrés par les personnes en raison des activités professionnelles développées par les entreprises* », permet de ne pas limiter les tribunaux aux catégories de « *maladie professionnelle* » ou d' « *accident du travail* ». Néanmoins, l'auteur souligne qu' « *une telle réforme est ambitieuse* » et que « *l'introduction de dispositions légales visant à définir des catégories de risques différents ne limitant pas leur portée aux seuls salariés et assimilés* » est nécessaire.

– **Accident du Travail et Maladie Professionnelle (AT-MP) - risque professionnel - procédure d'instruction des déclarations - Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) - décret [n° 2009-938](#) du 29 juillet 2009** (JCP Social, 2010, p. 1157) :

Etude par P. Baby et P. Coursier intitulée : « *Risques professionnels : de la nécessité de réformer à nouveau la procédure d'instruction des déclarations* ». Les auteurs reviennent sur la réforme du 29 juillet 2009 relatif à la procédure d'instruction des déclarations

d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ils relèvent que celle-ci suit le rapport « Fouquet II » qui préconise notamment de « préciser l'étendue de l'obligation d'information de l'employeur au cours de la procédure d'instruction des déclarations d'accident du travail et de maladies professionnelles ». Selon les auteurs, l'objectif du décret de 2009 est de « simplifier la tâche des caisses primaires en charge de la gestion des AT-MP, en même temps qu'à éteindre le nombre des actions contentieuses engagées par les entreprises contre la reconnaissance de sinistres et à réduire ainsi la perte de recettes de la branche AT-MP ». Parmi les simplifications apportées par le décret, ils citent l'uniformisation du délai de réponse de la caisse primaire. Désormais, l'absence de réception du certificat médical initial ne fait plus courir le délai de réponse. Dans le cadre des réserves émises par l'employeur, les auteurs observent que la réforme reprend l'essentiel du droit jurisprudentiel en autorisant l'employeur à « émettre des réserves motivées » auprès de la CPAM. En matière de contestation, l'étude note que la CPAM « doit procéder obligatoirement à la notification de sa décision faisant grief à l'employeur « par tout moyen permettant de déterminer la date de réception » ». Les auteurs estiment d'ailleurs que l'employeur est « « invité » à saisir la commission de recours amiable ». En cas de décision de refus, ils soulignent que la CPAM doit notifier à l'assuré et à son employeur « un refus de prise en charge ». Enfin, la contestation relative à l'incapacité permanente émise par l'employeur doit être faite par courrier recommandé avec accusé de réception dans un délai de deux mois suivant la notification, devant le tribunal du contentieux de l'incapacité. Les auteurs regrettent néanmoins que le décret de 2009 ne sécurise que faiblement les droits des entreprises et des assurés sociaux.

– **Accident du Travail et Maladie Professionnelle (AT-MP) – délai raisonnable – articles 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (CEDH)** (Note sous CEDH, 8 octobre 2009, [n° 47757/06](#)) (JCP Social, 2010, p. 1164) :

Note de P. Coursier sous l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme du 8 octobre 2009 intitulée : « *L'origine professionnelle d'une maladie doit être reconnue dans un délai raisonnable* ». Selon l'auteur, la Cour relève que « si l'allongement des délais de procédure ne saurait être imputé au tribunal social lorsqu'il résulte d'une multitude de prétentions ou d'arguments avancés par le demandeur, ce dernier ne peut davantage en être tenue pour entièrement responsable dès lors qu'il a fait valoir des prétentions prévues ou rendues possibles par la loi ». Il note qu'au vu de l'article 6§1 de la CEDH, « toute personne a le droit à ce que sa cause soit entendue (...) dans un délai raisonnable, par un tribunal (...) qui décidera (...) des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil (...) ». Ainsi, l'auteur estime que « l'attitude des parties ne dispense pas les juges d'assurer eux-mêmes la célérité exigée » par l'article précité.

– **Harcèlement moral – congé maladie – protection fonctionnelle – loi [n° 83-634 du 13 juillet 1983](#)** (Note sous CE, 12 mars 2010, [n° 308974](#)) (JCP Administrations et collectivités territoriales, n° 18, 3 mai 2010, p. 2154) :

Note de D. Jean-Pierre sous l'arrêt du Conseil d'Etat du 12 mars 2010 intitulée : « *Harcèlement moral, congé maladie et protection fonctionnelle* ». En l'espèce, une rédactrice territoriale a été admise en « *congé maladie, puis en congé longue durée en raison de la détérioration de l'état psychologique, puis de son état de santé, consécutive à la dégradation de ses conditions de travail* ». Par la suite, elle demande le bénéfice de la protection fonctionnelle pour harcèlement moral, protection qui lui est refusée. Selon l'auteur, l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 dispose que « *la collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ». Il relève que la circulaire du 5 mai 2008, relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'Etat, reprend le terme « *d'attaques* », et que les faits énumérés par l'article 11 n'en sont que des exemples indicatifs. L'auteur estime que le harcèlement moral est une attaque au titre du même article. Il note que, par son arrêt du 12 mars 2010, le Conseil d'Etat reprend cette analyse. Enfin, il aborde les formes que peuvent prendre les mesures de protection, parmi lesquels figurent l'assistance juridique et l'éloignement de la victime. Il rappelle que la protection fonctionnelle n'est enfermée dans aucun délai et « *est accordée par la collectivité publique dont les fonctionnaires dépendent* ».

– **Prescription - interruption - accident du travail - maladie professionnelle - faute inexcusable - contentieux de la sécurité sociale - article [L. 431-2](#) du Code de sécurité sociale** (Note sous Cass. Civ. 2<sup>ème</sup>, 21 janvier 2010, [n° 09-10944](#)) (JCP Social, 2010, p. 1155) :

Note de S. Brissy sous l'arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 13 avril 2010 intitulée : « *Extension d'une interruption de prescription* ». Selon l'auteur, la Cour de cassation estime que c'est à compter de la date d'émission du certificat médical de guérison apparente en date du 1<sup>er</sup> décembre 1999 que court le délai biennal de l'article L. 431-2 du Code de la sécurité sociale. Ainsi l'action visant à reconnaître la faute inexcusable introduite le 15 octobre 2002 est prescrite depuis plusieurs mois. L'auteur relève que la date de reconnaissance du caractère professionnel de l'accident n'est pas prise en compte pour le point de départ du délai de prescription. De même, la fin du versement de l'indemnité ne retarde pas le début de la prescription, car, selon l'auteur, « *les sommes versées en compensation de la faute inexcusable visent à compléter l'indemnisation initiale, et non à s'y substituer lorsqu'elle disparaît* ». La note souligne ensuite que dès que deux actions tendent au même but, elles sont soumises à la même prescription, et cela malgré une cause distincte.

### Divers :

– **Condition de travail - santé et sécurité au travail - prévention - plan gouvernemental - risque psychosocial - Conseil d'orientation sur les conditions de**

**travail (COCT) - Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP)** ([www.travail-solidarite.gouv.fr](http://www.travail-solidarite.gouv.fr)) :

**Bilan** de la direction générale du travail intitulé : « *Conditions de travail : bilan 2009* ». Le bilan constate qu'après une légère baisse enregistrée en 2006, le nombre de maladies professionnelles est reparti en hausse. En revanche, les accidents du travail sont toujours en baisse. Le bilan fait ensuite état des actions nationales menées par les pouvoirs publics et les partenaires sociaux. Il conclut en estimant que 2009 a été une année charnière dans le développement de « *la concertation entre les différents intervenants dans le domaine de la santé au travail* » avec notamment l'installation du COCT et « *la montée en puissance* » des CRPRP.

– **Grenelle de l'environnement - Loi n° 2009-967 du 3 août 2009 - engagement national - santé - environnement - déchet - risque - nanoparticules** ([www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)) :

**Projet de loi** portant engagement national pour l'environnement adopté le 11 mai 2010 par l'Assemblée Nationale. Ce projet de loi dit Grenelle II décline l'ensemble des mesures et actions adoptées dans le cadre de la loi Grenelle I. Il reprend les mesures cadres du projet de loi initial visant à permettre la mise en œuvre des décisions du Grenelle de l'environnement initiées en 2007. Il contient de nombreuses dispositions concernant la lutte contre le réchauffement climatique, la protection de la biodiversité, le développement d'une agriculture durable, la gestion durable des déchets ou encore la prévention des risques et la protection de la santé. La prévention des risques pour la santé et l'environnement résultant de l'exposition aux substances à l'état nanoparticulaire.

– **Activité professionnelle - suicide - Institut de veille sanitaire (InVS)** ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)) :

**Rapport** de l'Institut de veille sanitaire intitulé : « *Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles* ». Le rapport réunit les décès par suicide survenus entre 1976 et 2002 dans la population masculine. Le rapport relève que 1931 décès ont été relevés, soit un taux de 25,1/100 000 chez les hommes salariés. Les secteurs les plus touchés sont la santé et l'action sociale, l'administration publique, la construction et l'immobilier. Enfin, il souligne que le taux de mortalité par suicide chez les hommes en période d'inactivité est deux fois supérieur à celui de salariés en emploi. Le rapport note que cette étude « *ne doit pas se substituer aux études plus spécifiques décrivant les liens entre les conditions de travail et la morbidité, en particulier en santé mentale et à la surveillance de l'évolution de ces questions* ».

## 8. Santé animale

---

### Législation :

#### Législation européenne :

– **Animaux de compagnie - règlement (CE) [n° 998/2003](#)** (J.O.U.E. du 7 mai 2010) :

**[Règlement \(UE\) n° 388/2010 de la Commission du 6 mai 2010](#)** portant dispositions d'application du règlement (CE) n° 998/2003 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne le nombre maximal d'animaux de compagnie de certaines espèces pouvant faire l'objet de mouvements non commerciaux.

– **Maladie d'Aujeszky - directive [64/432/CEE](#) - décision [2008/185/CE](#)** (J.O.U.E. du 12 mai 2010) :

**[Décision de la Commission du 11 mai 2010](#)** modifiant l'annexe II de la décision 2008/185/CE en vue de l'inscription de l'Irlande sur la liste des régions ayant instauré un programme national approuvé de lutte contre la maladie d'Aujeszky.

– **Certificat sanitaire - animal - directives [92/65/CEE](#), [90/425/CEE](#) - règlements (CE) [n° 998/2003](#) et [n° 338/2010](#), décision [2003/623/CE](#)** (J.O.U.E. du 6 mai 2010) :

**[Décision de la Commission du 6 mai 2010](#)** modifiant la première et la deuxième partie de l'annexe E de la directive 92/65/CEE du Conseil relatives aux modèles des certificats sanitaires pour les animaux provenant des exploitations et pour les abeilles et les bourdons.

– **Bien-être des animaux - règlements (CE) [n° 1331/2008](#), [n° 258/97](#), [n° 1852/2001](#)** (J.O.U.E. du 11 mai 2010) :

**[Position \(UE\) n° 6/2010 du Conseil, adoptée le 15 mars 2010](#)** en première lecture en vue de l'adoption d'un règlement du Parlement européen et du Conseil concernant les nouveaux aliments, modifiant le règlement (CE) n° 1331/2008 et abrogeant le règlement (CE) n° 258/97 et le règlement (CE) n° 1852/2001 de la Commission.

#### Législation interne :

– **Vétérinaire - médicament - administration - temps d'attente - article [L. 5143-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 13 mai 2010) :

**[Arrêté du 4 mai 2010](#)** pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche relatif à la fixation par le vétérinaire du temps d'attente applicable lors de l'administration d'un médicament en application de l'article L. 5143-4 du Code de la santé publique.

– **Substance active - incorporation - produit phytopharmaceutique - liste - autorisation - [arrêté du 14 avril 1998](#) - modification** (J.O. du 5 mai 2010) :

**[Arrêté du 28 avril 2010](#)** pris par le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche relatif à la modification de l'arrêté du 14 avril 1998 établissant la liste des substances actives dont l'incorporation est autorisée dans les produits phytopharmaceutiques.

– **Médicament vétérinaire - liste - article [L. 5143-6](#) du Code de la santé publique - application - [arrêté du 5 septembre 2003](#) - modification** (J.O. du 4 mai 2010) :

**[Arrêté du 21 avril 2010](#)** pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche relatif à la modification de l'arrêté du 5 septembre 2003 fixant la liste des médicaments vétérinaires prévue au deuxième alinéa de l'article L. 5143-6 du Code de la santé publique.

#### Divers :

– **Virémie printanière de la carpe - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale) ([www.oie.int](http://www.oie.int))** :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 14 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

**[Rapport de notification immédiate](#)** de la virémie printanière de la carpe au Royaume-Uni.

– **Fièvre - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale) ([www.oie.int](http://www.oie.int))** :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 14 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

[Rapport de notification immédiate](#) de la fièvre de la Vallée du Rift en Namibie.

– **Influenza aviaire - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 14 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

[Rapport de notification immédiate](#) de l'influenza aviaire hautement pathogène au Laos.

– **Morve - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 10 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) de la morve à Bahreïn.

– **Influenza aviaire - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 10 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) d'influenza aviaire en Mongolie.

– **Artérite virale équine - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 7 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) d'artérite équine en Argentine.

– **Influenza aviaire - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :



Messages d'alerte de l'OMS animale du 6 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) de l'Influenza aviaire hautement pathogène en Israël.

– **Maladie de Newcastle - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 4 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) de la maladie de Newcastle en Allemagne.

– **Infestation par le petit coléoptère des ruches - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 4 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

– [Rapport de notification immédiate](#) de l'infestation par le petit coléoptère des ruches (*Aethina tumida*) aux Etats-Unis d'Amérique.

– **Fièvre aphteuse - Organisation Mondiale de la Santé animale (OMS animale)** ([www.oie.int](http://www.oie.int)) :

Messages d'alerte de l'OMS animale du 4 mai 2010 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

[Rapport de notification immédiate](#) de la fièvre aphteuse en Mongolie.

## 9. Protection sociale contre la maladie

---

Législation :

*Législation interne :*

– **Assurance maladie - régime obligatoire - dotation - comité de gestion des œuvres sociales** (J.O. du 12 mai 2010) :

[Arrêté du 3 mai 2010](#) pris par la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat fixant la montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales au titre de la convention souscrite au profit de ses adhérents en application de l'article L. 141-1 du Code des assurances.

– **Produit - prestation - 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 11 mai 2010) :**

[Arrêté du 5 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat en application de l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

– **Élément tarifaire - établissement de santé - articles [L. 162-22-3](#) et [L. 162-22-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 7 mai 2010) :

[Arrêté du 28 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat fixant les éléments tarifaires mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-3 du Code de la sécurité sociale des établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale pour l'année 2010.

– **Spécialité pharmaceutique - prestation d'hospitalisation - article [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 7 mai 2010) :

[Arrêté du 19 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

– **Inscription - implant de suture percutanée du tendon d'Achille - remboursement - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 4 mai 2010) :

[Arrêté du 29 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat relatif à la modification de la rubrique « Implant de suture percutanée du tendon d'Achille » au chapitre 1er 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 - liste - prestation d'hospitalisation - article [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 4 mai 2010) :

[Arrêté du 28 avril 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

– **Arrêt maladie - fonctionnaire - Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) - service du contrôle médical - expérimentation** (J.O. du 2 mai 2010) :

[Convention de partenariat](#) pour le contrôle, à titre expérimental, des arrêts maladie des fonctionnaires par les caisses primaires d'assurance maladie et les services du contrôle médical placés près d'elles du 26 mars 2010.

– **Contribution forfaitaire - frais de gestion - transmission électronique - assurance maladie** (J.O. du 5 mai 2010) :

[Décision du 19 mars 2010](#) fixant le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion due par les professionnels, organismes ou établissements qui n'assurent pas la transmission électronique pour la facturation de leurs actes, produits ou prestations aux organismes d'assurance maladie obligatoire.

– **Produit - tarif - Prix Limites de Vente au public (PLV) - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 11 mai 2010) :

[Avis du 11 mai 2010](#) 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 visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

– **Caisse d'assurance maladie - établissement thermal - convention nationale** (J.O. du 8 mai 2010) :

[Avis du 8 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux.

– **Assurance maladie – accord national – gestionnaire des centres de santé** (J.O. du 8 mai 2010) :

[Avis du 8 mai 2010](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif à l'avenant n° 4 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les gestionnaires des centres de santé et l'assurance maladie.

– **Renouvellement – inscription – remboursement – article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 4 mai 2010) :

[Avis du 4 mai 2010](#) 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.

### Doctrine :

– **Sécurité sociale – contentieux technique – juridiction – procédure – décret [n° 2010-424](#) du 28 avril 2010 – [loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (HPST) (JCP Social, n° 19, 11 mai 2010, act. 254) :**

Note de la rédaction intitulée : « *Contentieux de l'incapacité : obligation de transmission du rapport médical du médecin-conseil de la caisse* ». La note revient sur le décret du 28 avril 2010 relatif à la procédure suivie devant les juridictions du contentieux technique de la sécurité sociale. Elle relève qu'en cas de contestation portant sur le degré d'incapacité ou en cas de contentieux technique de la sécurité sociale relatif aux accidents du travail et maladies professionnelles, la loi HPST impose « *au praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné de transmettre au médecin expert ou médecin consultant désigné par la juridiction le rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente, sans que puisse lui être opposé le non-respect du secret médical* ». La note souligne que le décret du 28 avril 2010 met en place les modalités de cette transmission. Le secrétariat de la juridiction demande au praticien-conseil la transmission du rapport, qui est rendu en deux exemplaires dans un délai de dix jours. Selon la note, le rapport médical comprend « *l'avis et les conclusions motivées données à la caisse d'assurance maladie sur le taux d'incapacité permanente à retenir* » et « *les constatations et les éléments d'appréciation sur lesquels l'avis est fondé* ».

– **Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) – patient – refus de soins – professionnel de santé – accès aux soins** (Pratiques et Organisations des soins, janvier-mars 2010, volume 41, n° 1, p. 33) :

Article de C. Desprès intitulé : « *La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée : analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires* ». L'auteur analyse les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Pour se faire, il s'appuie sur un testing réalisé en 2005. Les résultats de cette étude permettent de constater que « *la logique économique est au cœur du refus des praticiens* » ; ce sont en effet essentiellement les praticiens de secteur 2 qui refusent l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Une des explications donnée par l'auteur ramène au débat « *charité individuelle versus solidarité redistributive* ». Pour la majorité des professionnels de santé ayant participé à ce testing les patients titulaires de la CMU-C sont « *des patients au statut illégitime* ». En conclusion, l'auteur déplore que l'immense majorité des praticiens n'ait pas saisi que l'accès à la protection sociale - et donc aux soins - est un droit effectif.

– **Couverture sociale - praticien hospitalier - fonction publique - activité libérale** (R.D.D.S, 2010, n° 2, p. 326):

Article de T. Tauran intitulé : « *Quelle couverture sociale pour les praticiens hospitaliers pluriactifs ?* ». Dans cet article, l'auteur analyse la couverture sociale applicable aux praticiens statutaires à plein temps des établissements publics de santé exerçant une activité libérale. Il retrace ainsi les différentes règles applicables issues du Code de la sécurité sociale et de la jurisprudence.

– **Caisse Primaire d'Assurance Maladie - sanction - assuré social - juridiction - appréciation - employeur - indemnité journalière - accident du travail** (Note sous Cass., civ. 2<sup>ème</sup>, 8 avril 2010 [n° 09-11232](#) et [n° 08-20906](#)) (JCP Social, 2010, act. 222):

Note de la rédaction intitulée : « *Appréciation par les juridictions du contentieux général de l'adéquation d'une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale à la gravité de l'infraction commise* ». Dans ces deux arrêts rendus le 8 avril 2010 par la 2<sup>ème</sup> chambre civile, les hauts magistrats ont précisé l'étendue du contrôle opéré par les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale sur les sanctions prononcées par les caisses : « *il appartient aux juridictions du contentieux général de la sécurité sociale d'apprécier l'adéquation d'une sanction à caractère punitif prononcée par un organisme de sécurité sociale à la gravité de l'infraction commise* » que ce soit par l'employeur ou l'assuré social.

– **Assurance maladie - réforme - Etats-Unis - [rapport du sénat n° 361 du 24 mars 2010](#) - Medicaid** (JCP Social, 2010, act. 207):

Article de la rédaction intitulé : « *Sur la réforme de l'assurance maladie aux Etats-Unis* ». Cet article présente le rapport rendu par une délégation de la commission des affaires sociales du Sénat chargé d'étudier la réforme du système de santé des Etats-

Unis. Dans un premier temps, les difficultés de l'ancien régime sont présentées. Dans un second temps, les auteurs explicitent la réforme. Les axes majeurs de cette réforme sont entre autres : l'interdiction faite aux compagnies d'assurance d'opérer une discrimination entre leurs clients, l'extension du bénéfice de l'assurance des parents aux enfants jusqu'à 26 ans, le bénéfice de Medicaid pour tous les américains de moins de 65 ans dont le revenu est inférieur à 133% du seuil de pauvreté fédéral.

– **Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) - recours des tiers payeurs - préjudice corporel - déficit fonctionnel permanent - accident du travail - réparation** (Note sous Cass., civ.2<sup>ème</sup>, 8 avril 2010 [n° 09-11232](#) et [n°09-11634](#)) (Dalloz 2010 p. 1089) :

Article de P. Sargos intitulé « *Le point sur la réparation des préjudices corporels, et notamment le préjudice d'agrément, après deux arrêts rendus le 8 avril 2010* ». L'auteur revient sur la jurisprudence relative au déficit fonctionnel permanent et l'interprétation *contra legem* de la réforme du recours des tiers payeurs. Déplorant ces arrêts du 11 juin 2009 qui ont des conséquences lourdes pour « *les victimes les plus atteintes* », l'auteur se réjouit de la sagesse de la Cour de cassation dans ces arrêts du 8 avril qui décide « *qu'au sens de l'article L. 452-3 du Code de la sécurité sociale, le préjudice d'agrément est celui qui résulte des troubles ressentis dans les conditions d'existence, notamment le préjudice sexuel* ». Cependant, ce « revirement » reste incomplet car « *cette définition du préjudice d'agrément est spécifique à celui visé par le code de la sécurité sociale* ». Pour l'auteur, il faut que « *la Cour de cassation ait la volonté et le courage de reconnaître que sa jurisprudence, « forçant » jusqu'à la démesure le déficit fonctionnel permanent et niant la portée de l'article 25 de la loi du 21 décembre 2006, est une erreur* ».

---

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 15/05/2010.

---

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.