



L'Institut Droit et Santé et la Chaire Santé de Sciences Po organisent le 14 octobre 2014 un colloque sur :

«Le projet de loi Santé 2015 : enjeux et débats ? »

Pour vous inscrire, cliquez [ici](#)

Institut Droit et Santé,
45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 6.
Tél. : 01.42.86.42.10.
Courriel : ids@parisdescartes.fr
Site : www.institutdroitetsante.fr

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

N° 193 : Période du 1^{er} au 15 juillet 2014

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	10
3. Professionnels de santé	15
4. Etablissements de santé	20
5. Politiques et structures médico-sociales	22
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires	25
7. Santé environnementale et santé au travail	36
8. Santé animale	44
9. Protection sociale contre la maladie	47

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation interne :

- **Direction générale - offre de soins - organisation** (J.O. du 13 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 7 mai 2014 pris par la ministre des affaires sociales et de la santé, portant organisation de la direction générale de l'offre de soins en sous-directions et en bureaux.

- **Réserve sanitaire - mobilisation - Guadeloupe** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 30 juin 2014 pris par la ministre des affaires sociales et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire en Guadeloupe.

- **Haut conseil de la santé publique (HCSP) - Agence régionale de santé (ARS) - légionelles - risque** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Note d'information](#) n° DGS/EA4/2014/167 prise par la ministre des affaires sociales et de la santé, en date du 23 mai 2014, relative à la diffusion du guide du Haut conseil de la santé publique (HCSP) pour l'investigation et l'aide à la gestion sur le risque lié aux légionelles.

Jurisprudence :

- **Boisson énergisante - taxation - Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) - article 1613 bis A du Code général des impôts** (CE, nos [377207](#), [379955](#), 2 juillet 2014) :

Le Conseil d'Etat a transmis au Conseil Constitutionnel une QPC portant sur la contribution financière des boissons énergisantes prévue par l'article 1613 bis A du Code général des impôts. Il lui appartiendra d'apprécier la conformité de l'article 1613 bis A du Code général des impôts, au « *principe d'égalité devant les charges publiques garanti par l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* ».

- **Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) - article L. 232-5 du Code du sport - Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et**

des libertés fondamentales (Convention EDH) - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (CE, 9 juillet 2014, [n° 373304](#)) :

La Fédération nationale des syndicats de sportifs demande au Conseil d'Etat d'annuler la délibération par laquelle l'AFLD a désigné un de ses sportifs au nombre de ceux faisant partie du groupe « cible » dans le cadre de contrôle anti dopage, le soumettant ainsi à une obligation de localisation prévue par l'article L. 232-5 du Code du sport. La haute juridiction administrative considère dans un premier temps que l'AFLD est compétente pour désigner les sportifs composant le groupe « cible ». Ensuite, les standards internationaux « *de contrôle établis par l'Agence mondiale antidopage sont dépourvus d'applicabilité en droit interne* ». Le Conseil d'Etat considère qu'aucune atteinte n'est portée aux droits garantis par la Convention EDH. Également, « *le moyen tiré de ce que la désignation de sportifs dans le groupe " cible " porterait atteinte au droit des intéressés de recevoir les soins que requiert leur état de santé ne peut qu'être écarté* ». Enfin, le fait que la CNIL n'ait pas été consultée dans le cadre du traitement automatisé des données relatives à la santé des sportifs n'entache pas la décision d'illégalité dans la mesure où aucune disposition du Code du sport ne prévoit cette consultation. Dès lors, la requête est rejetée.

Doctrine :

– **Médecin coordonnateur - injonction de soins - suivi socio-judiciaire - expertise - [loi n° 98-468](#) du 17 juin 1998** (AJ Pénal, n° 6, p. 275) :

Article de Renaud Bouvet, Marlène Abondo et Mariannick Le Gueut : « *Mission et statut du médecin coordonnateur dans l'injonction de soins. Bilan et perspectives quinze ans après la loi du 17 juin 1998* ». Dans cet article, les auteurs dressent un panorama des difficultés d'organisation et de mise en œuvre de la médecine de coordination au cœur de l'injonction de soins et de la prévention de la récurrence. En découlent trois propositions sur lesquelles devrait reposer la pratique de médecine de coordination. La première consiste à développer de nouvelles compétences en médecine légale et en criminologie afin de répondre aux attentes judiciaires. La deuxième vise à développer la pluridisciplinarité afin de multiplier les perspectives et approches d'évaluation du patient. Enfin, la troisième consiste à développer une approche longitudinale qui permettrait une adaptation des soins en fonction des résultats des traitements dispensés par le praticien traitant. En outre, les auteurs s'interrogent sur le statut du médecin coordonnateur et notamment sur l'intérêt et les limites de le qualifier d'expert.

– **Vaccination - tuberculose - infection - asthme** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 20, juin 2014) :

Au sommaire du numéro thématique du « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » figurent notamment les articles suivants :

- J.-P. Guthmann, P. Chauvin, Y. le Strat, M. Soler, I. Fonteneau, D. Lévy-Bruhl, « Existe-t-il en France des inégalités sociales d'accès des enfants à la vaccination ? Exemples de la vaccination contre les infections à pneumocoque et par le BCG » ;
- D. Antoine, F. Belghiti, J.-P. Guthmann, C. Campese, D. Lévy-Bruhl, D. Che, « Les cas de tuberculose déclarés en France en 2012 » ;
- M.-C. Delmas, N. Guignon, B. Ieynaert, L. Com-Ruelle, I. Annesi-Maesano, O. Chardon, C. Fuhrman, « Evolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008 ».

- **Mortalité infantile - service anti-VIH - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (Bull. de l'Organisation mondiale de la santé, n° 7, juillet 2014, 465-544) (www.who.int/fr) :

Au sommaire du « Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé » figurent notamment les articles suivants :

- M. Siapka, M. Remme, C. Dayo Obure, C. B Maier, K. L Dehne, A. Vassall, « Est-il possible de faire des économies et d'obtenir des gains en termes d'efficacité dans les services anti-VIH? Un examen systématique des éléments de preuve dans les pays à revenu faible et intermédiaire » ;
- S. Kuruvilla, et alii « Facteurs de réussite pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile ».

- **Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) - liberté d'aller et venir - atteinte aux droits individuels du sportif (non)** (note sous CE, 29 mai 2013, [n° 364839](#) QPC ; Cass. 1^{re} civ., 16 octobre 2013, [n° 13-15146](#) QPC ; C.E., 18 décembre 2013, [n° 364839](#) QPC) (Petites affiches, 25 juin 2014, n° 126, p. 9-11) :

Note de B. Brignon : « Traitement du dopage : l'obligation de localisation des sportifs du groupe cible et constitutionnel ». L'auteur revient sur la loi du 1^{er} février 2012 instaurant notamment une obligation de localisation pour des sportifs faisant partie du groupe dit « cible ». Cette obligation impose aux sportifs visés de rester à disposition de l'AFLD afin que soient effectués des contrôles inopinés antidopage. Ce texte a fait l'objet d'une QPC sur le point de cette obligation de localisation en ce qu'elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir et au respect de la vie privée. Le Conseil d'État et la Cour de cassation ont considéré que les conditions de recevabilité de la QPC n'étaient pas remplies et ont décidé de ne pas renvoyer la question au Conseil constitutionnel. Bien que soient constatées des atteintes au respect de la vie privée des sportifs et à leur liberté d'aller et venir, celles-ci sont, selon les deux hautes juridictions, proportionnées à des objectifs d'intérêt général. L'auteur souligne que le Conseil d'État confirme sa jurisprudence antérieure et révèle également que des parlementaires ont jugé insuffisants et inefficaces les dispositifs français antidopage.

– **Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) – Agence Française de Lutte contre le Dopage – loi [n° 2012-348](#) du 12 mars 2012** (Petites affiches, 25 juin 2014, n° 126, p. 11-12) :

Note de B. Brignon : « *Précisions règlementaires du profil biologique* ». La loi du 12 mars 2012 tendant à faciliter l'organisation des manifestations sportives et culturelles, met en place le passeport biologique en France à compter du 1^{er} juillet 2013. Les décrets n° 2013-1317 et n° 2013-1318 du 27 décembre 2013 appliquent ces dispositions. L'un autorise un traitement automatisé des données par l'AFLD et l'autre détaille la procédure d'établissement du profil biologique.

– **Cancer – fumeur** (Revue Info Respiration, juin 2014, n° 121) :

Au sommaire de la revue Info Respiration figurent notamment les articles suivants :

- S. Couraud, P.-J. Souquet, « *Cancers bronchopulmonaires survenant chez les jamais-fumeurs : une forme clinique bien utile pour comprendre la cancérogénèse pulmonaire* » ;
- N. Postel-Vinay, « *Marchands d'illusions* ».

– **Boisson alcoolisée – publicité** (note sous CA Versailles, 3 avril 2014, n° 12/02102) (Petites affiches, 30 juin 2014, n° 129) :

Commentaire de Gérard Chabot : « *Nouveau rebondissement dans l'affaire de la publicité des vins de bordeaux* ». Cette décision est remarquable en ce qu'elle résiste à la première chambre civile de la Cour de cassation en confirmant les précédents jugements au fond des juridictions parisiennes. Il s'agissait de publicités représentant des vigneronns seuls, avec un verre de Bordeaux à demi plein à la main et souriants. D'après la Cour d'appel, la publicité en cause relève d'une évocation mesurée de la consommation d'alcool et relève par conséquent d'une promotion légale des produits viticoles. Pour l'auteur, c'est une définition renouvelée de la notion de publicité que proposent les juges du fond loin de la définition négative de la Cour de cassation : « *Toute publicité ne peut avoir comme objectif que de modifier le comportement de son destinataire en provoquant l'achat du produit présenté, soit en provoquant le désir d'acheter et de consommer.* ». En espèce, les limites fixées par l'article L. 3323-4 du Code de la santé publique relatif à la publicité en faveur des boissons alcoolisées sont respectées.

– **Chikungunya – moustique – VIH – dépistage – insuffisance cardiaque** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 21-22, juillet 2014) :

Au sommaire du numéro thématique du « *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* » figurent notamment les articles suivants :

- M. Ledrans, et alii : « *Emergence du Chikungunya dans les départements français d'Amérique : organisation et résultats de la surveillance épidémiologique, avril 2014* » ;
- N. Fortin, P. Guérin, S. Chouin, B. Hubert, « *Pics de nuisance provoqués par les piqûres de moustiques à Nantes, 1995-2013. Influence des facteurs météorologiques* » ;
- A. Gabet, A. Lamarche-Vadel, F. Chin, Y. Juillièrre, C. de peretti, V. Olié « *Mortalité due à l'insuffisance cardiaque en France, évolutions 2000-2010* » ;
- C. Fagard, K. Champenois, J.-P. Joseph, B. Riff, N. Messaadi, D. Lacoste, V. Canva, J. Foucher, G. Chêne, Y. Yzdanpanah, F. Dabis, « *Dépistage conjoint du VIH, du VHB et du VHC par les médecins généralistes : étude de faisabilité en Gironde et dans le Nord en 2012* ».

– **Inégalité - santé - complémentaire santé - Plan cancer** (Revue Les tribunes de la santé, été 2014, n° 43) :

Au sommaire du numéro des *Tribunes de la santé*, consacré aux inégalités de santé, figurent notamment les articles suivants :

- M. Marmot, J. Allen, « *Inégalités en matière de santé en Angleterre : politique récente et élément de preuve* » ;
- T. Lang, « *Inégalités sociales et santé* » ;
- S. Rican, Z. Vaillant, A. Bochaton, G. Salem, « *Inégalités géographiques de santé en France* » ;
- S. Fainzang, « *Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information* » ;
- A. Buzyn, « *Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie* » ;
- M. Jauffret-Roustide, « *Les inégalités sociales dans le champ des addictions* » ;
- F. Jusot, « *La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ?* » ;
- I. Cavé, « *Les inégalités de santé dans le discours politique (1848-1902)* ».

– **Politique publique - lutte - obésité - expérimentation - Etats-Unis** (American Journal of Public Health, juillet 2014, p. 1165) :

Au sommaire de l'« *American Journal of Public Health* » figure notamment l'article suivant de L. Feyerherm, M. Tibbits, H. Wang, S. Schram et M. Balluff : « *Partners for a health city : implementing policies and environmental changes within organisations to promote health* ».

– **Politique publique - Etats-Unis - arrêt du tabac - produit pharmaceutique - boisson sucrée - obésité - diabète de type 2 - santé connectée** (Health Affairs, Juin 2014, vol. 33, n° 6) :

Au sommaire de la revue « *Health Affairs* » figurent notamment les articles suivants :

- M. Jarlenski, S.N. Bleich, W. L. Bennett, E.A. Stuart et C.L. Barry : « *Medicaid enrollment policy increasing smoking cessation among pregnant women but had no Impact on birth outcomes* » ;
- R.G. Frank et A.M. Epstein : « *Factors associated with high levels of spending for younger dually eligible beneficiaries with mental disorders* » ;
- I. Larkin, D. Ang, J. Avorn et A.S. Kesselheim : « *Restrictions on pharmaceutical detailing reduced off-label prescribing of antidepressants and antipsychotics in children* » ;
- G.P. Guy Jr., K. R. Yabroff, D.U. Ekwueme, A. Wilder Smith, E.C. Dowling, R. Rechis, S. Nutt et L.C. Richardson : « *Estimating the health and economic burden of cancer among those diagnosed as adolescents and young adults* » ;
- S. Basu, H. Kessler Seligman, C. Gardner et J. Bhattacharya : « *Ending SNAP subsidies for sugar-sweetened beverages could reduce obesity and type 2 diabetes* ».

– **Evènement indésirable – identitovigilance – soin primaire** (Revue Risques et qualité en milieu de soins, juin 2014, volume XI, n° 2) :

Au sommaire de la revue Risques et qualité en milieu de soins figurent notamment les articles suivants :

- P. Oriol, E. Fortier, M. Da Silva, O. Nuiry, G. Volle, D. Frère : « *Six années d'amélioration des pratiques en identitovigilance au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne : un bel exemple de coopération interprofessionnelle* » ;
- C. Bruchet, A. Hidalgo-Sai, J. Brami, R. Amalberti : « *Evènements indésirables graves en médecine générale : comparaison des méthodes d'analyse Tempos et Makeham* » ;
- M. Chanelière, J.-M. Oriol, B. Senez, M. Keriel-Gascou, H. Fanjat, M.-D. Blanc, C. Colin : « *CADYA : un outil pour analyser des incidents en soins primaires* ».

– **Haute autorité de santé (HAS) - organisation - parcours - dépistage - bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** (www.has-sante.fr) :

Décision n°2014.0098/DC/SMACDAM de la HAS en date du 14 mai 2014 adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Comment mettre en œuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ? ». Cette décision est adoptée.

Décision n°2014.0099/DC/SMACDAM de la HAS en date du 14 mai 2014 portant adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ? ». Cette décision est adoptée.

Décision n°2014.0122/DC/SMACDAM de la HAS en date du 11 juin 2014 portant adoption de « l'Auto-questionnaire Dépistage BPCO ». Cette décision est adoptée.

Divers :

- **Haute autorité de santé (HAS) - rapport annuel - 2013** (www.has-sante.fr) :

Rapport d'activité de la HAS pour l'année 2013. Le rapport dresse un bilan dans 3 domaines d'activités : en matière d'évaluation et de recommandation, la HAS rappelle notamment que 620 avis de la commission de la transparence ont été rendus avec 85 jours médian d'instruction des dossiers de demande d'inscription ainsi que 7 recommandations de bonne pratique ; en matière de certification, indicateurs et information médicale, la HAS constate que 1997 établissements ont été certifiés et que 130 visites médicales d'entreprises pharmaceutiques exploitantes ont été effectuées. En matière d'outils, guides et méthodes pour la qualité et la sécurité des soins, 11 protocoles de coopération entre professionnels ont été validés et 12 270 certificats d'accréditation ont été délivrés. Enfin, le rapport insiste sur le développement des relations internationales avec 9 projets internationaux dont 2 nouveaux dans le domaine de l'évaluation des technologies de santé.

- **Haute autorité de santé (HAS) - Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ANAP) - chirurgie ambulatoire - prise en charge** (www.has-sante.fr) :

Rapport d'évaluation technologique de la HAS et de l'ANAP : « *Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire* ». Le but de ce rapport n'est pas d'élaborer des recommandations de bonne pratique mais de fournir aux professionnels de santé les éléments-clés et les questions à soulever pour les aider à définir les modalités de prise en charge du patient en considérant le besoin en soins et en hébergement. Le rapport considère que « *la décision du mode de prise en charge est une décision médicale, partagée avec le patient, et est basée sur le triptyque patient-acte-structure.* » Enfin, le rapport propose les points clefs de son évaluation ainsi que les perspectives.

- **Inégalité sociale - santé - alimentation - activité physique - Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)** (www.inserm.fr) :

Rapport de l'expertise collective de l'Inserm intitulé « *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique* ». L'Inserm rappelle qu'en « *France, comme dans d'autres pays, il existe de fortes inégalités sociales en santé comme le montrent les différences de morbidité et de mortalité selon la position socioéconomique.* » L'objectif de cette expertise collective est de présenter un bilan des connaissances scientifiques sur les déterminants et les mécanismes permettant de mieux comprendre les inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, pour proposer une analyse des interventions envisageables dans ce domaine. Pour conclure, les experts proposent de « *concevoir et promouvoir des programmes qui apportent des bénéfices à la fois*

à l'ensemble de la population mais aussi des actions qui s'adressent aux différents groupes sociaux en fonction des risques et besoins auxquels ils sont confrontés. »

– **Accès aux soins - précarité - femme enceinte - enfant - Europe - Médecins du monde (MdM)** (www.medecinsdumonde.org) :

Rapport de Médecins du monde : « *L'accès aux soins des plus précaires dans une Europe en crise sociale. Le cas des femmes enceintes et des enfants* ». Ce rapport présente des observations sur les déterminants sociaux de la santé pour l'année 2013 ainsi que sur l'état de santé des personnes ayant bénéficié de l'appui de 25 des 160 programmes européens de MdM pour accéder aux soins. Le rapport insiste sur la nécessité de réaffirmer un accès inconditionnel au suivi prénatal des femmes enceintes et aux vaccinations essentielles des enfants qui ne sont pas assurés. Ainsi, le rapport estime que sur les résultats de 2013, pour les 285 femmes enceintes reçues, 65,9 % n'avaient pas eu accès aux soins prénatals avant de consulter dans nos centres et 42,8 % avaient reçu des soins trop tardivement. Les médecins ont jugé, par ailleurs, que plus de 70% d'entre elles nécessitaient des soins urgents ou assez urgents. De même, le rapport constate que près de la moitié des patients reçus par MdM vivent en situation régulière en Europe. La situation est encore plus dure pour les personnes sans autorisation de séjour, européens ou extra européens. Les trois obstacles à l'accès aux soins les plus fréquemment cités sont les problèmes financiers (25,0 %), les problèmes administratifs (22,8 %) et un manque de connaissance ou de compréhension du système de santé (21,7 %). MdM en conclut que ces résultats contredisent clairement le mythe qui voudrait que les migrants viennent en Europe pour bénéficier des services de santé. Ainsi, MdM appelle à la création de systèmes de santé nationaux universels, solidaires et équitables, ouverts à toute personne vivant dans l'Union européenne (UE).

– **Santé mobile - livre vert - consultation publique - commission européenne - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** (www.conseil-national.medecin.fr) :

Réponse du CNOM à la consultation publique de la Commission européenne sur le Livre vert relatif à la santé mobile. Le CNOM précise que la distinction entre les dispositifs, applis et objets connectés utilisés dans le domaine du bien-être, de la santé et de l'exercice de la médecine est difficile et aléatoire car tous ces aspects peuvent se rejoindre dans leurs usages par une personne et à son bénéfice. Enfin, le CNOM rappelle que la santé mobile recouvre le champ social, médico-social et médical et que dans sa réponse il « dépassera le « cure » pour s'intéresser autant au « care » par les dispositifs de santé mobile. »

– **Tabac - taxe - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (www.who/int) :

Publication de l'OMS : « *Augmenter les taxes sur le tabac : ce que vous devez savoir* ». Dans cette publication, l'OMS rappelle que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable, tuant environ 6 millions de personnes dans le monde chaque année. Ainsi, l'OMS réaffirme que l'augmentation des taxes sur le tabac est la solution la plus efficace et la plus rentable pour réduire le tabagisme quel que soit le contexte : en moyenne, une hausse de 10% du prix, réduit le tabagisme de 4% dans les pays à revenu élevé et d'environ 5% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'OMS insiste sur la simplification du système de taxation pour garantir son efficacité et sur le besoin de combattre les « *idées reçues propagées par l'industrie du tabac* ». Enfin, l'OMS encourage notamment les autorités gouvernementales à préconiser des augmentations importantes des taxes sur le tabac ; les ministères de la santé à accroître la prise de conscience quant à l'importance de cette augmentation ; les ministères des finances à mettre en œuvre des mesures fiscales simples ; les communautés à créer des environnements facilitant l'arrêt du tabac pour les fumeurs et les familles à encourager et soutenir leurs membres de la famille qui sont fumeurs à arrêter.

– **Prise en charge - patient - chirurgie ambulatoire - évaluation technologique - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014.0105/DC/SEAP du 21 mai 2014 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le rapport d'évaluation technologique intitulé « *Chirurgie ambulatoire : Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient* ».

– **Prise en charge - hypercholestérolémie - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Avis n° 2014.0045/AC/SEM du 18 juin 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au projet de référentiel concernant la prise en charge de l'hypercholestérolémie primaire.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Jurisprudence :

– **Accident médical - infection nosocomiale - établissement public de santé** (C.E., 24 juin 2014, n° [369000](#)) :

Pour demander l'annulation d'un arrêt de la cour administrative d'appel de Marseille, une victime soutenait que cette dernière avait insuffisamment motivé son arrêt en évaluant ses préjudices personnels au même montant que les premiers juges,

alors qu'elle reconnaissait l'existence d'un préjudice d'agrément qu'ils n'avaient pas retenu, sans indiquer la raison pour laquelle ce préjudice ne justifiait pas une réévaluation. Sur ce point, le Conseil d'État, en application de l'article L. 822-1 du code de justice administrative, refuse l'admission du pourvoi. Il l'admet en revanche concernant la subrogation du centre hospitalier dans les droits résultant ou susceptibles de résulter pour lui de la condamnation du responsable de l'accident de la circulation par le juge judiciaire : la victime reprochait en effet à la cour d'avoir méconnu le principe du contradictoire en la prononçant d'office, sans l'avoir mis à même de discuter cette subrogation, et d'avoir commis une erreur de droit en subrogeant le centre hospitalier, à concurrence des sommes versées au titre du préjudice personnel, dans les droits résultant ou susceptibles de résulter pour lui des condamnations prononcées à son profit par le juge judiciaire, sans rechercher si les préjudices susceptibles d'être réparés par ce dernier pouvaient être identiques ni limiter la subrogation à cette hypothèse.

– **Soin psychiatrique - unité pour malade difficile (UMD) - hospitalisation sans consentement - article [L. 3222-3](#) du Code de la santé publique (abrogé) - loi n° [2013-869](#) du 27 septembre 2013 - question prioritaire de constitutionnalité (QPC) - décret n° [2011-847](#) du 18 juillet 2011 - articles [R. 3222-2](#), [R. 3222-5](#) et [R. 3222-8](#) du Code de la santé publique - annulation (non) (Cons. Constit., décision n° [2013-367](#) QPC, 14 février 2014) (C.E., 30 juin 2014, n° [352668](#)) :**

Le Conseil d'Etat se prononce suite à une QPC à laquelle le Conseil constitutionnel a répondu le 14 février 2014. Les Sages ont considéré que l'article L. 3222-3 du Code de la santé publique relatif à l'admission en unité pour malades difficiles était conforme à la Constitution. Le Conseil d'Etat a été saisi d'une demande en annulation du décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge en ce qu'il introduit les articles R. 3222-2, R. 3222-5 et R. 3222-8 du Code de la santé publique. Dans un premier temps, la haute juridiction administrative considère que l'abrogation de l'article L. 3222-3 du Code de la santé publique, par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, n'emporte aucune conséquence sur les articles réglementaires dont l'annulation est demandée. Les dispositions réglementaires objets du recours déterminent les conditions d'admission en unité pour malades difficiles. Ces dernières ont été prises par le pouvoir réglementaire sur habilitation faite par le dernier alinéa de l'article L. 3222-3 du Code de la Santé publique et n'ont pas dépassé le champ de cette dernière selon le Conseil d'Etat. La haute juridiction administrative poursuit en considérant que l'article R. 3222-2 du Code de la santé publique n'est pas illégal « *en ce qu'il ne prévoit pas d'obligation d'information de la personne concernée par un projet d'admission en unité pour malades difficiles et, le cas échéant, par le transfert vers un autre établissement* ». Concernant les articles R. 3222-5 et R. 3222-8 du Code de la santé publique, l'association requérante invoque l'application d'un régime exorbitant du droit commun pour les mesures de levée des soins sans consentement. Or, le Conseil d'Etat précise que cette commission n'opère qu'un contrôle de la situation du patient en UMD et saisit le préfet si les conditions

de maintien en UMD ne sont pas remplies. En effet, pour la levée totale de la mesure, la procédure est régie par les dispositions des articles L. 3213-8 et L. 3213-1 du Code de la santé publique. Le Conseil d'Etat rejette donc la demande en annulation.

- Détention - opération chirurgicale - hospitalisation - interdiction de la torture - article 3 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales (Convention EDH) - droit au respect de la vie privée et familiale (CEDH, Ciorap c/ République de Moldova, 8 juillet 2014, [n° 14092/06](#)) :

Le requérant a introduit une action civile dirigée contre un hôpital pénitentiaire au sein duquel il a fait l'objet d'une intervention chirurgicale sous la contrainte et injustifiée. La juridiction civile a reconnu que l'opération n'était pas nécessaire, que le requérant s'y était opposé et avait subi des mauvais traitements contraires à l'article 3 de la Convention EDH. Le requérant, considérant l'indemnisation du préjudice moral insuffisante, forme un recours devant la Cour européenne des droits de l'Homme. Sur la violation de l'article 3 de la Convention, la Cour rappelle « *qu'une mesure dictée par une nécessité thérapeutique du point de vue des conceptions médicales établies ne saurait en principe passer pour inhumaine ou dégradante* » et que « *la nécessité médicale doit être démontrée de manière convaincante et les garanties procédurales dont devait s'entourer la décision doivent exister et avoir été respectées* ». De plus, « *il est fondamental pour le mécanisme de protection établi par la Convention que les systèmes nationaux eux-mêmes permettent de redresser les violations commises, la Cour exerçant son contrôle dans le respect du principe de subsidiarité* ». La Cour européenne des droits de l'Homme conclut que la décision d'indemnisation des juridictions moldaves n'a pas suffi à faire perdre au requérant sa qualité de victime. Toutefois, elle refuse de considérer qu'il y aurait violation de l'article 3 en raison de l'absence de poursuites pénales, rappelant notamment que « *dans les affaires relatives à des allégations de faute médicale, [...], si l'atteinte au droit à la vie ou à l'intégrité de la personne n'est pas volontaire [ce qu'elle estime être le cas en l'espèce], l'obligation positive découlant de la Convention de mettre en place un système judiciaire efficace n'exige pas nécessairement dans tous les cas un recours de nature pénale* ». Par ailleurs, elle estime qu'il n'y a pas lieu d'examiner le grief tiré de la violation de l'article 8 de la Convention EDH garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale puisqu'il est lié à celui déjà examiné sous l'angle de l'article 3.

- Soins médicaux - détenu - interdiction - traitement inhumain - dégradant - article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) (CEDH, M.S. c/ Russie, 10 juillet 2014, [n°8589/08](#)) :

Un détenu, invoquant une violation de l'article 3 de la CEDH, se plaignait du caractère inadéquat des soins médicaux qui lui avaient été administrés dans les établissements pénitenciers où il avait été incarcéré. En effet, le requérant, qui est séropositif, alléguait avoir contracté plusieurs maladies en raison des manquements des autorités des établissements pénitenciers qui n'avaient pas surveillé et traité

correctement sa séropositivité. La Cour considère qu'il y a eu violation de l'article 3 en raison du manquement des autorités à respecter leur responsabilité de fournir au requérant une assistance médicale adéquate durant sa détention.

– **Donnée - information médicale - Autorité de la concurrence** (www.utoritedelaconcurrence.fr) :

Décision n° 14-D-06 du 8 juillet 2014 de l'autorité de la concurrence relative à des pratiques mises en œuvre par la Société Cegedim dans le secteur des bases de données d'informations médicales. L'autorité de la concurrence a été saisie par une société sur une question relative à la conformité de pratiques qu'elle considère contraires aux articles L. 420-2 du Code de commerce et 102 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). L'autorité de la concurrence a considéré que la société « a mis en œuvre une pratique discriminatoire, contraire aux articles L. 420-2 du Code de commerce et 102 TFUE, en refusant, entre octobre 2007 et avril 2013, de donner accès à sa base de données OneKey aux utilisateurs actuels et potentiels de solutions logicielles commercialisées par Euris. » En conséquence, « l'Autorité de la concurrence a retenu que la société Cegedim SA avait abusé de sa position dominante et enfreint les dispositions des articles 102 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et L. 420-2 du Code de commerce » et la condamne à une sanction pécuniaire de 5 767 000 euros.

Doctrine :

– **Soin d'éveil - dignité humaine - obstination déraisonnable (non) - loi n°2005-370 du 22 avril 2005** (T.A. de Strasbourg, ordonnance du 7 avril 2014, [n°1401623](#)) (Revue juridique Personnes et Famille, n° 6, juin 2014) :

Commentaire de I. Corpart, intitulé « *Absence d'obstination déraisonnable à programmer des soins d'éveil* », sous l'ordonnance rendue par le tribunal administratif de Strasbourg le 7 avril 2014. L'auteure revient sur la décision des juges de permettre le transfert du patient vers un établissement médical dans lequel des soins d'éveil lui seront prodigués alors qu'une partie de sa famille s'y oppose.

– **Hospitalisation sans consentement - arrêté préfectoral - admission - soins psychiatriques - article L. 3211-12-1 § 1 alinéa 1er du Code de la santé publique** (note sous Cass. civ. 1^{ère}, 5 février 2014, [n° 11-28564](#)) (La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales, n° 27, 7 juillet 2014, 2211) :

Commentaire de E. Péchillon, intitulé « *Hospitalisation psychiatrique sans consentement à la demande du maire : la Cour de cassation complique encore un peu plus le dispositif de police administrative de soins sous contrainte* », sous l'arrêt rendu par la première

chambre civile de la Cour de cassation le 5 février 2014. Pour l'auteur, la qualification par la Cour de cassation de l'arrêté municipal d'hospitalisation comme une mesure provisoire « fragilise les droits du patient et complique encore un peu plus l'organisation de la période de 72 heures d'observation ». Ainsi, « le délai pour que le juge des libertés et de la détention statue sur la légalité d'une hospitalisation complète commence à courir à compter de l'arrêté préfectoral et non à partir de l'arrêté du maire ».

– **Hépatite C - contamination - préjudice - réparation - nomenclature « Dintilhac » - pension militaire d'invalidité** (note sous C.E., 7 octobre 2013, [n° 337851](#)) (La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales, n° 27, 7 juillet 2014, 2212) :

Commentaire de C. Logéat, intitulé « *Application de la nomenclature « Dintilhac » pour la définition de l'assiette des pensions militaires d'invalidité* », sous l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 7 octobre 2013. L'auteure commente ce revirement de jurisprudence dont la portée est encore incertaine : l'assiette de la pension militaire d'invalidité est étendue à certains préjudices extrapatrimoniaux qui relèvent de la nomenclature Dintilhac. En outre, le principe de réparation intégrale est rappelé afin de s'assurer que la victime ne s'enrichisse pas du fait de la réparation du dommage.

– **Expertise - [loi n° 2002-303](#) du 4 mars 2002 - victime - Commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)** (note sous CA Lyon, 26 novembre 2013, n° 12/04924) (Gazette du Palais, n° 176 à 177, 25 et 26 juin 2014) :

Commentaire de G. Memeteau, intitulé « *La séance de la flagellation des commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* », sous l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Lyon le 26 novembre 2013. Pour l'auteur, l'arrêt est d'importance en ce qu'il « dit le droit sur une expertise réalisée à la demande d'une commission régionale de conciliation et d'indemnisation créée par la loi du 4 mars 2002 afin de proposer aux victimes d'accidents médicaux fautifs ou aléatoires une procédure simple et rapide d'indemnisation ». Cette « expertise » ne présentant pas les garanties d'une véritable expertise, ce n'est qu'une base de discussion, pour la Cour d'appel. Cette qualification de l'expertise dégrade les commissions.

– **Impression tridimensionnelle - corps humain - risque - patrimonialisation - dignité** (Recueil Dalloz, 2014, p.1400) :

Commentaire de Fabrice Defferrard : « *L'impression tridimensionnelle et le corps humain* ». L'auteur s'interroge sur le régime juridique que devrait suivre les éléments et produits du corps humain qui pourraient à l'avenir être créés à partir d'une imprimante tridimensionnelle. Par nature, il s'agit, pour lui, d'éléments du corps humain qui doivent à ce titre ne pas faire l'objet d'un droit patrimonial. Toutefois, les

plans tridimensionnels posent difficulté en ce que leur commerce reviendrait à accepter indirectement un droit patrimonial sur le corps humain.

Divers :

– **Accident médical - évolution - préjudice - Observatoire des risques médicaux (ORM) - Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) (www.oniam.fr) :**

[Rapport](#) de l'Observatoire des risques médicaux publié par l'ONIAM. Ce rapport revient sur l'évolution des accidents médicaux entre 2007 et 2012 dont le montant du préjudice était égal ou supérieur à 15 000 euros. Ce rapport précise que parmi ces accidents médicaux, 60% concernait des actes chirurgicaux, 29% était lié à un acte technique fautif, 29% était des actes médicaux non fautifs et enfin, 18% était des infections nosocomiales.

– **Commission - open data - donnée de santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (www.drees.sante.gouv.fr) :**

[Rapport](#) publié par la DREES : « *Commission open data en santé* » remis à la Ministre des affaires sociales et de la santé. Ce rapport relatif aux données de santé préconise plusieurs orientations. Il vise notamment à faciliter l'ouverture des données de santé aux citoyens tout en garantissant le respect de la vie privée. En outre, il préconise de mettre « *à la disposition de tous, gratuitement, sans restriction et de façon détaillée, les données publiques de santé par ailleurs strictement anonymisées dans un souci de protection de la vie privée* ».

3. Professionnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Indemnité - assurance sociale - conseil régional - médecin - chirurgien-dentiste - ordre des pharmaciens - [décret n° 89-197](#) du 30 mars 1989 (J.O. du 5 juillet 2014) :**

[Décret](#) n° 2014-766 du 3 juillet 2014 pris par le ministère des affaires sociales et de la santé, modifiant le décret n° 89-197 du 30 mars 1989 relatif aux indemnités susceptibles d'être allouées aux présidents des sections des assurances sociales des

conseils régionaux de discipline des médecins et des chirurgiens-dentistes ainsi qu'aux présidents des sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens.

– **Médecine - interne - spécialité** (J.O. du 13 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 10 juillet 2014 pris par le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre des affaires sociales et de la santé, déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision.

– **Epreuve classante - médecine - centre hospitalier universitaire (CHU) - interrégion** (J.O. du 11 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 10 juillet 2014 pris par le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire.

– **Epreuve - examen professionnel - technicien principal - technicien chef - sanitaire - sécurité sanitaire** (J.O. du 10 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 16 juin 2014 pris par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, fixant les modalités d'organisation et la nature des épreuves des examens professionnels pour l'accès au grade de technicien principal et au grade de technicien en chef du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire.

– **Concours - médecin - éducation nationale** (J.O. du 9 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 26 juin 2014 pris par le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, autorisant au titre de l'année 2015 l'ouverture d'un concours de recrutement de médecins de l'éducation nationale.

[Arrêté](#) du 26 juin 2014 autorisant au titre de l'année 2015 l'ouverture d'un concours réservé de recrutement de médecins de l'éducation nationale.

– **Examen professionnalisé - technicien sanitaire - sécurité sanitaire** (J.O. du 5 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 30 juin 2014 pris par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, fixant la nature des épreuves et les règles d'organisation générale de l'examen professionnalisé d'accès au corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire.

– **Aide-soignant - service hospitalier - recrutement - ministère de la défense** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 16 juin 2014 pris par le ministre de la défense et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, fixant la nature de l'épreuve et les règles d'organisation générale des recrutements réservés pour l'accès au corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés civils du ministère de la défense.

– **Examen professionnalisé - infirmier - soins généraux - ministère de la défense** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 16 juin 2014 pris par le ministre de la défense et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, fixant la nature de l'épreuve et les règles d'organisation générale de l'examen professionnalisé réservé pour l'accès au corps d'infirmiers civils de soins généraux du ministère de la défense.

– **Internat - odontologie - arrêté du 12 août 2011 - poste - affectation - stage particulier** (J.O. du 3 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 1er juillet 2014 pris par le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant l'arrêté du 12 août 2011 fixant pour l'internat en odontologie l'organisation des choix de postes, la répartition des postes, l'affectation des internes et le déroulement des stages particuliers.

– **Etude médicale - troisième cycle - stage - agrément - [arrêté du 4 février 2011](#)** (J.O. du 2 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 30 juin 2014 pris par le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant l'arrêté du 4 février 2011 modifié relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales.

– **Concours - militaire - admission - formation - infirmier anesthésiste** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° 508215/DEF/DCSSA/RH/PF2R en date du 11 avril 2014, prise par le ministre de la défense, relative à l'ouverture au titre de l'année 2014 d'un concours de sélection militaire en vue d'une admission en école de formation des infirmiers anesthésistes, cycle 2015-2017.

Jurisprudence :

– **Contentieux disciplinaire - juridiction ordinale - masseur-kinésithérapeute - article R. 4321-99 du Code de la santé publique** (C.E., 4 juillet 2014, n° [364675](#)) :

Les requérants, deux masseurs-kinésithérapeutes associés d'une société civile de moyens, se pourvoient en cassation devant le Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation de la décision de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Cette décision annulait la décision rendue en première instance par la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, et rejetait la plainte des requérants. En l'espèce, il était question du président du conseil départemental de l'ordre qui avait saisi la société « les pages jaunes » afin que celle-ci supprime les mentions « balnéothérapie, kinésithérapie et endermologie » de son site associées à l'activité de la société des deux requérants. Le président du conseil départemental de l'ordre, n'ayant pas agi par l'intermédiaire du conseil, a violé les dispositions de l'article R. 4321-99 du Code de la santé publique. Sur ce fondement, la chambre disciplinaire de première instance a sanctionné le président du conseil départemental d'un blâme. Les requérants ont fait appel devant le conseil national de l'ordre qui a annulé la décision rendue en première instance. Le Conseil d'Etat annule la décision de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Il relève que la tentative de conciliation des parties auprès du service juridique du conseil national de l'ordre n'avait donné lieu à aucune réponse aux requérants. C'est donc à tort que la chambre disciplinaire nationale a retenu, pour annuler la sanction prononcée en première instance, qu'un accord avait été établi entre les parties concernant la demande faite auprès de la société « les pages jaunes » alors même que les requérants n'avaient reçu aucune réponse du service juridique de la formation ordinale.

Doctrine :

– **Responsabilité - médecin - diagnostic - faute - article R. 4127-5 du Code de la santé publique** (Note sous Cass., Civ. 1ère, 30 avril 2014, n° [13-14288](#)) (JCPG n° 25, 23 juin 2014, 710) :

Commentaire de P. Sargos intitulé « *Pluridisciplinarité successive : quelles obligations pour le second praticien ?* ». L'auteur revient sur l'arrêt de la Cour de cassation du 30 avril 2014 selon lequel « *le médecin qui donne des soins à un patient n'est pas lié par le diagnostic établi antérieurement par un confrère mais doit apprécier personnellement, sous sa responsabilité et conformément aux données acquises de la science, les actes médicaux nécessaires à ce patient* ». L'auteur soutient cette décision qui présente l'avantage de synthétiser en une formule ramassée les acquis des arrêts rendus en la matière. Il est néanmoins souligné l'absence totale de relation des faits déterminants qui rend difficile l'appréciation exacte de la portée de cet arrêt sans avoir recours aux décisions rendues par le tribunal de grande instance et par la cour d'appel.

– **Médecin - infirmier - relation - [loi n° 2011-867](#) du 20 juillet 2011** (Droit social, 2014, p. 661) :

Article de C. Higounenc et J.-M. Lattes : « *Les relations médecins-infirmiers dans la loi du 20 juillet 2011, incertitudes et ambiguïtés* ». L'auteure revient sur l'évolution de la relation médecin-infirmier et notamment sur l'impact qu'a eu la loi de 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail sur cette dernière. La loi génère en effet des difficultés entre ces deux professions quant au partage des tâches confiées. C'est pourquoi, il semble nécessaire de prendre en compte les complémentarités de compétences en élaborant un partenariat afin « *d'améliorer la santé au travail des salariés* ».

Divers :

– **Haute autorité de santé (HAS) - protocole de coopération - infirmier hospitalier - premier recours - nuit profonde (www.has-sante.fr)** :

[Avis](#) n° 2014.0047/AC/SEVAM de la HAS en date du 28 mai 2014 relatif au protocole de coopération « Intervention de l'infirmier hospitalier de premier recours en nuit profonde, sur le secteur de Ribérac ». La HAS n'est pas favorable à cet avis.

– **Haute autorité de santé (HAS) - protocole de coopération - infirmier - échographie (www.has-sante.fr)** :

[Avis](#) n° 2014.0046/AC/SEVAM de la HAS en date du 28 mai 2014 relatif au protocole de coopération « Réalisation d'échographies des veines et/ou artères des membres supérieurs par une infirmière en lieu et place d'un médecin ». La HAS est favorable à cet avis.

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

– **Facturation individuelle - établissement de santé - article [L. 162-22-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 10 juillet 2014) :

Décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale.

– **Instruction budgétaire - comptable - M. 21 - établissement public de santé** (J.O. du 8 juillet 2014) :

Arrêté du 16 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, relatif à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé.

– **Facturation individuelle - soin hospitalier - caisse d'assurance maladie - expérimentation - établissement de santé** (J.O. du 2 juillet 2014) :

Arrêté du 23 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs de la facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie obligatoire ainsi que le périmètre de facturation concerné par l'expérimentation pour chacun de ces établissements de santé.

– **Commission administrative paritaire - comité technique des établissements (CTE) - établissement public social - médico-social** (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction N° DGOS/RH3/2014/196 du 17 juin 2014 relative aux règles applicables aux élections aux commissions administratives paritaires locales et départementales et aux comités techniques des établissements publics de santé et aux établissements publics sociaux médicaux-sociaux.

Jurisprudence :

– **Etablissement public de santé – certificat – autorisation d’urbanisme** (C.A.A. Versailles, 12 juin 2014, n° [13NC01548](#)) :

En l’espèce, un établissement public de santé a demandé au juge administratif l’annulation d’un certificat d’urbanisme négatif délivré par le maire concernant une demande de construction d’une buanderie inter hospitalière. En première instance, le tribunal administratif a annulé cet arrêté municipal. La commune dont émanait ledit arrêté a fait appel de ce jugement. La Cour administrative d’appel rejette la requête au motif que les établissements publics de santé, étant des établissements publics de l’Etat, ne relèvent plus d’une collectivité territoriale. Dès lors, l’autorité compétente pour délivrer les certificats et autorisations d’urbanisme à ces établissements est le préfet de région. En second lieu, le moyen selon lequel le projet de construction ne respecterait pas les règles d’urbanisme propres à la région d’implantation est rejeté en ce que les pièces du dossier ne sont pas de nature à établir de telles irrégularités.

– **Infection nosocomiale – indemnisation – solidarité nationale – Office national d’indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)** (Cass. civ. 1^{ère}, 4 juin 2014, n° [13-17223](#)) :

Pour condamner une clinique et son assureur à rembourser à la mutualité sociale agricole de Loire-Atlantique Vendée le montant des prestations versées à la victime d'une infection nosocomiale contractée lors d'une opération de la cataracte pratiquée par un médecin de la clinique, l'arrêt attaqué retient que « *si l'article L. 1142-17 du code de la santé publique interdit à l'ONIAM, lorsqu'il a indemnisé au titre de la solidarité nationale la victime d'une infection nosocomiale, d'exercer un recours subrogatoire contre l'établissement de soins dans lequel celle-ci a été contractée, en revanche, les tiers payeurs sont en droit d'exercer leur action récursoire contre l'établissement auquel le dommage est imputable, même s'il n'a pas commis de faute, puisqu'en cas d'indemnisation au nom de la solidarité nationale, l'ONIAM n'est légalement substitué à l'auteur du dommage que pour la seule réparation de la part du préjudice revenant à la victime, à l'exclusion des prestations des tiers payeurs que ceux-ci ne peuvent d'ailleurs en aucun cas réclamer à l'ONIAM* ». La Cour de cassation énonce qu’en vertu « *de l'article L. 1142-1-1 du code de la santé publique, applicable aux infections nosocomiales contractées postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002, ouvrent droit à réparation au titre de la solidarité nationale les dommages correspondant à un taux d'incapacité permanente ou d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à 25 % ainsi que les décès provoqués par ces infections, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (l'ONIAM) étant seul tenu d'indemniser les victimes, déduction faite, en vertu de l'article L. 1142-17, deuxième alinéa, des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 2005, au nombre desquelles figurent les sommes versées par les caisses d'assurance maladie. Il résulte du troisième alinéa du même article et de l'article L. 1142-21, alinéa 1er, que l'établissement de santé dans lequel l'infection a été contractée peut seulement, en cas de faute, consistant notamment en un manquement à ses obligations réglementaires en matière de lutte contre les infections nosocomiales, être appelé à indemniser l'ONIAM, au titre d'une action récursoire ou subrogatoire, de tout ou partie des sommes mises à sa charge* ». Elle en déduit « *qu'aucun*

des textes susvisés ne confère, aux tiers payeurs, d'action récursoire envers l'établissement de santé au titre des sommes qu'elles ont versées à leur assuré ou pour son compte » et que la cour d'appel en a donc « fait une fausse application », qui emporte cassation de l'arrêt.

Doctrine :

– **Patient – sécurité – risque hospitalier – soin – établissement de santé** (Revue hospitalière de France, mai-juin 2014, n° 558) :

Au sommaire du numéro de la revue hospitalière de France figure un dossier thématique intitulé « *Qualité et gestion des risques quelle gouvernance ?* » avec notamment les articles suivants :

- T. Le Ludec, « *Management intégré des risques hospitaliers. Quels enjeux ?* » ;
- M. Perrin, « *Pour une approche globale de la sécurité des patients* » ;
- I. Roze-Nief, F. Fuz, « *Management des risques dans les établissements de soins. Point de vue et apports de l'assureur Sham* ».

Divers :

– **Etablissement de santé – systèmes d'information hospitaliers (SIH) – agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** (www.anap.fr) :

Rapport de l'ANAP : « *Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers auprès d'établissements représentatifs* ». Ce rapport, constatant que l'usage de l'informatique est largement engagé dans les hôpitaux a pour objectif d'identifier les déterminants principaux de la réussite ou de l'échec de l'usage des systèmes d'information découlant des choix d'urbanisation des systèmes d'information et des organisations sous-jacentes. Le but est d'accélérer le déploiement et l'usage des SIH et d'apporter de nouveaux éléments à la stratégie nationale d'appui au développement des SIH dans les établissements hospitaliers.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Agence nationale des services à la personne - dissolution** (J.O. du 3 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-753 du 2 juillet 2014 portant dissolution de l'Agence nationale des services à la personne.

– **Information - prix - produit - perte d'autonomie** (J.O. du 11 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 4 juillet 2014 pris par le ministère de l'économie, du redressement productif et du numérique, relatif à l'information du consommateur sur les prix des produits et prestations destinés à compenser la perte d'autonomie.

– **Financement - formation - emploi d'avenir - établissement médico-social - article L. 314-3-1** du Code de l'action sociale et des familles (J.O. du 3 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 24 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant pour l'année 2014 les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits pour le financement des formations d'emplois d'avenir dans les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

– **Dotation globale - caisse nationale de solidarité - autonomie - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)** (J.O. du 3 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 24 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, relatif au montant de la dotation globale versée au titre de l'exercice 2014 par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

– **Plan comptable - M22 - mise à jour - établissement public - service public - social - médico-social** (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Instruction](#) interministérielle n° DGS/SD5C/GDFIP/ DG CL/2014-156 en date du 19 mai 2014, prise par la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur et le ministre des finances et des comptes publics relative à la mise à jour du plan comptable M22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux au 1^{er} janvier 2014.

– **Convention collective nationale – soin – service à domicile** (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

[Avis](#) du ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social, relatif à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale dans la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

Jurisprudence :

– **Travailleur handicapé – discrimination – harcèlement** (C.A.A. Nancy, 20 février 2014, n° [13NC00931](#)) :

Un travailleur devenu handicapé a recherché la responsabilité de la commune qui l'emploie pour divers motifs dont des agissements constitutifs de harcèlement moral, sa mutation constitutive de sanction déguisée ou encore l'inadaptation de son nouveau poste à son handicap. La CAA de Nancy rejette partiellement ses demandes. Elle a ainsi écarté les demandes relatives au harcèlement moral ou liées à sa mutation dans la mesure où son poste ayant fait l'objet de restructuration conformément à un audit indépendant, il n'était pas possible de le maintenir sur un poste relevant d'une catégorie d'emploi supérieure à la sienne. Cependant, la CAA a retenu la responsabilité de la commune pour discrimination et atteinte au principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés. En effet, la commune a maintenu l'agent pendant plus d'un an et en contradiction directe avec l'avis du médecin du travail, sur un poste de surveillance de parking, inaccessible en partie en raison de sa mobilité réduite, et qui le maintenait à hauteur des émanations de gaz d'échappement.

Doctrine :

– **Autisme – institut spécialisé – prise en charge – référé-liberté – article [L. 521-2](#) du Code de justice administrative – responsabilité – carence (non) – Institut médico-éducatif (IME)** (note sous C.E., 27 novembre 2013, [n° 373300](#)) (RFDA, n° 3, 9 juillet 2014, p. 531) :

Note de L. Fermaud : « *Le référé-liberté et la carence de l'administration. A propos de la prise en charge des enfants autistes* » sous l'arrêt du Conseil d'Etat n° 373300 en date du 27 novembre 2013. L'auteure rappelle que cet arrêt réaffirme « *a minima* » l'obligation pesant sur les autorités publiques quant à la prise en charge des enfants autistes. Selon l'auteure, au regard des prestations attendues de l'Etat, cette décision conduirait à remettre en cause indirectement l'obligation de résultat pesant sur les autorités publiques. Toutefois, le manquement constaté ne saurait être pallié par une mesure en référé dès lors que les conditions du référé-liberté ne sont pas réunies. En

l'espèce, l'auteure juge sévère, l'appréciation de ces conditions par le juge administratif.

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

Législation :

Législation européenne :

– **Mesure sanitaire - phytosanitaire - accord commercial - Union européenne - Colombie - Pérou - règlement intérieur** (J.O.U.E. du 10 juillet 2014) :

[Décision du Conseil](#) 2014/443/UE du 8 juillet 2014 relative à la position à prendre au nom de l'Union européenne au sein du sous-comité chargé des mesures sanitaires et phytosanitaires institué par l'accord commercial entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la Colombie et le Pérou, d'autre part, en ce qui concerne l'adoption de son règlement intérieur

– **Santé alimentaire - agrume - Afrique du sud - introduction - propagation - infection** (J.O.U.E du 3 juillet 2014) :

[Décision d'exécution](#) C(2014) 4191 de la Commission européenne en date du 2 juillet 2014 établissant des mesures à l'égard de certains agrumes originaires d'Afrique du Sud visant à éviter l'introduction et la propagation dans l'Union de *Phyllosticta citricarpa* (McAlpine) Van der Aa.

Législation interne :

– **Dispositif médical - dépense de promotion - formulaire** (J.O. du 12 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 15 mai 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant le modèle du formulaire « Contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux - Entreprises fabriquant ou distribuant des produits et prestations ».

– **Médicament - dépense de promotion - report d'abattement - formulaire** (J.O. du 12 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 15 mai 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant les modèles des formulaires « Contribution sur les dépenses de promotion des médicaments - Entreprises de l'industrie pharmaceutique » et « Contribution sur les dépenses de promotion des médicaments - Document commun à remplir par l'entreprise consolidante et à joindre à la déclaration pour bénéficier d'un report d'abattement ».

– **Industrie pharmaceutique - formulaire - contribution - chiffre d'affaires - vente directe** (J.O. du 12 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 15 mai 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant le modèle de formulaire « Contribution sur le chiffre d'affaires - Entreprises de l'industrie pharmaceutique ».

[Arrêté](#) du 15 mai 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant le modèle du formulaire « Contribution dite “sur les ventes directes” - Entreprises de l'industrie pharmaceutique ».

– **Médicament - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique - [arrêté du 17 décembre 2004](#)** (J.O. du 8 juillet 2014) :

Arrêtés [n° 36](#) et [n° 37](#) du 3 juillet 2014 pris par la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Déchet d'activité - soin - risque infectieux - pièce anatomique - [arrêté du 7 septembre 1999](#)** (J.O. du 5 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 20 mai 2014 pris par la ministre de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

– **Industrie pharmaceutique - convention collective nationale** (J.O. du 2 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 19 juin 2014 pris par le ministre du travail, de l'emploi et du dialogue social, portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale de l'industrie pharmaceutique.

– **Spécialité pharmaceutique - collectivité - service public** (J.O. des 1^{er}, 2, 8 et 11 juillet 2014) :

Arrêtés [n° 17](#), [n° 20](#) du 25 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

[Arrêté](#) du 27 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

[Arrêté](#) du 2 juillet 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

Arrêtés [n° 26](#) et [n° 28](#) du 4 juillet 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Spécialité pharmaceutique - prise en charge - hospitalisation - article [L. 162-22-7](#)** du Code de la sécurité sociale (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

Arrêtés [n° 18](#), [n° 22](#), du 25 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, 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.

– **Spécialité pharmaceutique - assuré social - remboursable** (J.O. des 1^{er}, 8 et 11 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 25 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

[Arrêté](#) du 27 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

[Arrêté](#) du 2 juillet 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Arrêtés [n° 25](#) et [n° 27](#) du 4 juillet 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Moniteur cardiaque - prestation remboursable - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 25 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, relatif à l'inscription du moniteur cardiaque implantable modèle 9529 inscrit au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Groupe générique - tarif forfaitaire - responsabilité** (J.O. du 11 juillet 2014) :

Décisions [n° 30](#) et [n° 31](#) du 8 juillet 2014 prises par le président du comité économique des produits de santé, instituant le montant du tarif forfaitaire de responsabilité pour un groupe générique.

– **Médicament - médication officinale - article [R. 5121-202](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 8 juillet 2014) :

[Décision](#) du 17 juin 2014 prise par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, portant modification de la liste des médicaments de médication officinale mentionnée à l'article R. 5121-202 du Code de la santé publique.

– **Dispositif médical - diagnostic in vitro - biochimie - utilisation spécifique - suspension - fabrication - mise sur le marché** (J.O. du 8 juillet 2014) :

[Décision](#) du 6 juin 2014 prise par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, portant suspension de fabrication, de mise sur le marché, de distribution, d'exportation et d'utilisation du dispositif médical de diagnostic in vitro dénommé « M-SCAN II » automate de biochimie fabriqué et mis sur le marché pour une utilisation spécifique en usage humain.

– **Groupe générique - répertoire - article [R. 5121-5](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Décision](#) du 8 avril 2014 prise par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique.

– **Agrément - contrôle de qualité - mammographie numérique - [décision](#) du 30 janvier 2006** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Décision](#) du 21 mai 2014 prise par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, portant renouvellement de l'agrément d'un organisme chargé du contrôle de qualité des installations de mammographie numérique prévu par la décision du 30 janvier 2006 modifiée.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-5](#) et [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 8 juillet 2014) :

[Avis](#) relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

[Avis](#) relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - autorisation de mise sur le marché (AMM)** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Avis](#) relatif au refus d'autorisation de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. des 1^{er}, 2, 8 et 11 juillet 2014) :

[Avis](#) [n° 97](#), [n° 99](#), [n° 127](#), [n° 113](#), [n° 173](#), relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Tarif - produit de santé - vente - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

[Avis](#) relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - assuré - Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

Avis [n° 100](#), [n 128](#), [n° 174](#) relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à une spécialité pharmaceutique.

Jurisprudence :

– **Produits défectueux - responsabilité - fabricant - fournisseur - hôpital - Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)** (CJUE, 21 décembre 2011, [n° C-495/10](#)) (CAA de Lyon, 12 juin 2014, [n° 13LY01045](#)) :

Conformément à la jurisprudence de la CJUE, le Conseil d'Etat (CE 12 mars 2012, CHU de Besançon, req. n° 327449) a estimé que la responsabilité d'un établissement public de santé, en tant qu'utilisateur de produits de santé à l'occasion d'une prestation de service de soins, ne relève pas du champ d'application de la directive 85/374/CEE relative à la responsabilité du fait des produits défectueux. Le service public hospitalier est ainsi responsable, même en l'absence de faute, des conséquences dommageables pour les usagers de la défaillance des produits et appareils de santé qu'il utilise, sans préjudice des actions susceptibles d'être exercées à l'encontre du producteur ou du fournisseur de ce produit. En l'espèce, la CAA de Lyon a annulé le jugement par lequel le TA de Lyon a rejeté sa demande tendant à ce que la société ayant fourni le matériel défectueux (un matelas chauffant) soit condamnée à le garantir des condamnations prononcées. Dans la mesure où la société a commis une faute contractuelle de nature à engager sa responsabilité, le centre hospitalier est fondé à l'appeler en garantie devant la juridiction administrative, la garantie ayant été fixée à hauteur de 50 % des dommages causés à la patiente dans la mesure où le personnel hospitalier a également commis des fautes dans le suivi du patient après l'utilisation du produit en cause.

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) - tableau des exonérations - médecine humaine - substances vénéneuses - arrêté du 22 avril 2011** (C.E., 30 juin 2014, n° [357234](#)) :

Le Conseil d'Etat a rejeté la demande d'annulation d'une décision du directeur de l'ANSM relative à la suppression pour une molécule des exonérations résultant de la classification des substances vénéneuses. Le requérant estimait qu'il n'était pas possible de maintenir la molécule dans la catégorie des substances vénéneuses et de lui dénier les exonérations afférentes, dont notamment l'absence de prescription médicale obligatoire des médicaments contenant cette molécule. Le Conseil d'Etat n'a

pas suivi cette argumentation et a estimé que la mesure de protection de la santé publique prise par le directeur de l'agence n'était pas inappropriée.

– **Tribunal de l'Union Européenne (TUE) - prothèse dentaire - marque communautaire** (TUE, 1^{er} juillet 2014, [T-239/12](#)) :

Le TUE a confirmé la décision de la chambre de recours de l'Office de l'harmonisation dans le marché intérieur (OHMI) de refuser l'enregistrement d'une marque qu'elle estimait génératrice d'un risque de confusion pour une partie essentielle des consommateurs de l'Union européenne et notamment pour les publics anglophones et germanophones spécialisés dans le domaine dentaire. Le TUE a en effet estimé que retenir la seule considération des publics anglophones et germanophones dans l'appréciation du risque de confusion était approprié dans la mesure où ces populations font partie du public pertinent de l'ensemble du territoire de l'Union.

– **Médiateur - responsabilité - Etat - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) - autorisation de mise sur le marché (AMM)** (T.A. Paris, 3 juillet 2014, [n° 1312345/6](#)) :

Le Tribunal administratif de Paris a jugé recevable la demande en indemnisation d'une patiente ayant pris du Mediator® dirigée contre l'Etat. En effet le Tribunal administratif a estimé que l'absence de suspension ou de retrait de l'AMM du médicament visé constituait une carence fautive de l'Afssaps (désormais Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, depuis la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011) de nature à engager la responsabilité de l'Etat. En outre, le Tribunal administratif précise que *« pour importantes que soient les fautes et les manœuvres imputables aux laboratoires Servier, il n'y a pas lieu, eu égard tant à l'étendue des pouvoirs que les dispositions du code de la santé publique analysées au point 3 conféraient à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé qu'aux missions en vue desquelles ces pouvoirs lui ont été attribués, d'exonérer l'Etat à raison des agissements des laboratoires Servier pour tout ou partie de la responsabilité qu'il encourt ; qu'il appartient à l'Etat, s'il s'y croit fondé, d'exercer une action récursoire à l'encontre des laboratoires Servier sur la base des fautes imputables à ceux-ci et ayant concouru à la réalisation du dommage »*.

Doctrine :

– **Pharmacovigilance - Europe - réorganisation - réglementation** (Revue Prescrire, juillet 2014, tome 34 n° 369, p. 536-544) :

Au sommaire de la revue Prescrire figure notamment l'article : *« Réorganisation de la pharmacovigilance européenne »*. Les différents scandales sanitaires rappellent *« la*

nécessité d'une évaluation correcte des médicaments avant leur mise sur le marché et d'une pharmacovigilance efficace une fois les médicaments commercialisés». La réglementation a ainsi évolué, et notamment au plan européen, mais « permet-elle de mieux protéger les patients ? », comment impact-elle les acteurs du système de santé ? La revue revient sur les propositions initialement faites, sur la place des firmes dans le système de pharmacovigilance et sur les conséquences du scandale Mediator sur la réglementation.

– **Produits de santé - diéthylstilbestrol (DES) - responsabilité - laboratoire - market share liability** (note sous TGI de Nanterre, 10 avril 2014, n°12/13064 ; TGI de Nanterre, 10 avril 2014, n° 12/12349) :

Note de J.-S. Borghetti : « *Le tribunal de Nanterre consacre le market share liability dans le contentieux du DES* ». Le TGI de Nanterre a rendu le 10 avril 2014 deux jugements « audacieux » en matière de responsabilité du fait des produits de santé à propos de la responsabilité de deux laboratoires ayant commercialisé le tristement célèbre diéthylstilbestrol (DES). Il prononce un partage de responsabilité proportionnelle selon leurs parts de marché respectives, ce qui est un réel tournant par rapport aux décisions antérieures. Le TGI a donc retenu la responsabilité in solidum des laboratoires envers deux demanderesse et a consacré le *market share liability*, c'est-à-dire un recours aux parts de marché pour fixer la contribution à la dette des laboratoires. L'auteur souligne que « l'intérêt des jugements dépasse le cadre du seul contentieux du DES », il pose « *la question de savoir dans quelle mesure les juges français seraient prêts à admettre plus largement que la responsabilité civile soit mesurée à l'aune de la probabilité que le défendeur ait causé le dommage* ».

– **Brésil - Institut national de la propriété industrielle (INPI) - Agence nationale de surveillance sanitaire (ANVISA) - brevet - médicament** (Propriété industrielle bulletin documentaire, n° 1009, 1^{er} juillet 2014, p. 91) (Intellectual Property Magazine, avril 2014, p. 59-60) :

Article de R. Gosain : « *Brazil's pharma saga* ». Cet article traite de l'obtention au Brésil de brevets pour les médicaments. Ces brevets doivent obtenir un agrément émanant de l'ANVISA. L'auteur soulève les difficultés de transparence liées aux divergences des avis de cette agence et de ceux de l'INPI. Relativement aux médicaments biologiques et biosimilaires, le Brésil encourage l'industrie pharmaceutique nationale afin de diminuer les coûts pour les établissements publics et les patients. L'auteur opère également un rappel de la réglementation au Brésil en matière de ressources génétiques.

– **Laboratoire pharmaceutique - médicament - princeps - générique - autorité de la concurrence** (Revue Lamy de la concurrence, avril-juin 2014, n° 39, p. 161-170) (Propriété industrielle bulletin documentaire, n° 1009, 1^{er} juillet 2014, p. 96) :

Au sommaire de la revue « *Propriété industrielle bulletin documentaire* » figure notamment l'article d'O. Cavézian et M-S. Mercier : « *Stratégie des laboratoires princeps face aux médicaments génériques : quelles approches des autorités de concurrence ?* ».

– **Médicament - autorisation de mise sur le marché (AMM) - modification - résumé des caractéristiques du produit (RCP) - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** (commentaire sous CAA Versailles, 4 mai 2014, n°12VE02540) (Petites affiches, 4 juillet 2014, n°133) :

Conclusions de Claire Rollet-Perraud, rapporteur public sous l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Versailles du 4 mars 2014. Pour l'auteure lorsqu'une demande de modification d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament a pour but d'inscrire dans le résumé des caractéristiques du produit une mise en garde relative aux risques liés à la substitution, elle peut être refusée dès lors que cette inscription n'est pas au nombre des mentions devant y figurer.

Divers :

– **Haute autorité de santé (HAS) - Hépatite C - médicament - recommandation** (www.has-sante.fr) :

Recommandation de la HAS de juin 2014 relative à la prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD). Suite à l'évaluation par la Commission de la transparence et la Commission d'évaluation économique et de santé publique, de la HAS, en mai 2014, relative à la prise en charge de SOLVADI (sofosbuvir), premier antiviral d'action directe dans le traitement du virus de l'hépatite C (VHC), n'ayant démontré aucune efficacité et efficience, la HAS a décidé « *d'élaborer des recommandations sur le bien-fondé et les conditions de remboursement de l'ensemble des antiviraux à action directe aux fins d'éclairer les pouvoirs publics et les prescripteurs sur la stratégie de prise en charge des patients porteurs d'infection chronique par le virus de l'hépatite C* ».

– **Produits alimentaires - phytostérols - phytostanols - risque - bénéfice - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)** (www.anses.fr) :

Avis de l'ANSES relatif à l'« *Evaluation du risque et du bénéfice liés à la consommation de produits alimentaires enrichis en phytostérols ou en phytostanols* ». L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa, désormais ANSES depuis la fusion avec l'Afset (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail) a été saisie le 15 janvier 2010 par l'UFC-que choisir pour réaliser une expertise sur le thème

susvisé. Selon les conclusions de l'ANSES : une consommation régulière et prolongée « d'aliments enrichis en phytostérols/stanols, entraîne une réduction substantielle du bêta-carotène plasmiq. Or cette baisse pourrait être atténuée voire annulée par une augmentation de la consommation de fruits et légumes » et qu' « une augmentation du risque cardiovasculaire a été observée pour des différences de concentration plasmiq. en β -carotène de même ampleur que la diminution observée chez les sujets consommant des phytostérols/stanols ».

– **Anticoagulant – bénéfiques – risques – traitement – antivitamines K – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) (www.anses.fr)** :

[Rapport](#) de la CNAMTS relatif à « l'étude en « vie réelle » du bénéfice/risque à court terme des nouveaux anticoagulants oraux (dabigatran, rivaroxaban) chez les patients débutant un traitement et non précédemment traités par des antivitamines K ». Cette étude dite observationnelle, a pour objectif principal de comparer le « risque d'hémorragie majeure entre les nouveaux utilisateurs de nouveaux anticoagulants oraux (NACO) et les nouveaux utilisateurs d'antivitamines K (AVK), tous deux naïfs d'anticoagulant oral, dans les 90 jours de traitement, et quelle que soit l'indication visée ». Les résultats montrent une balance bénéfice/risque à court terme rassurante, « sans excès de risques hémorragiques ou thrombotique artériel chez les patients débutant un traitement par NACO versus AVK dans les 90 premiers jours du traitement ». Le rapport souligne cependant, que les résultats ne permettent pas de conclure quant à un usage prolongé de ces traitements.

– **Médicament – sécurité – approvisionnement – vente en ligne – falsification – Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) – ordonnance n° [2012-1427](#) du 19 décembre 2012 – décret n° [2012-1562](#) du 31 décembre 2012 – directive n° [2001/62/UE](#) du 8 juin 2011 – arrêté du [20 juin 2013](#) – question écrite n° [06570](#) du 30 mai 2013 (Propriété industrielle bulletin documentaire, n° 1009, 1^{er} juillet 2014, p. 81) (JO Sénat du 29 mai 2014, p. 1249) (www.senat.fr)** :

Réponse de la ministre des affaires sociales et de la santé à une question écrite relative aux mesures mises en œuvre afin de sécuriser la vente des médicaments sur Internet. Dans sa réponse, la ministre rappelle que l'ordonnance n° 2012-1427 du 19 décembre 2012 et le décret n° 2012-1562 du 31 décembre 2013, fruits de la transposition de la directive n° 2001/62/UE du 8 juin 2011, viennent encadrer la vente en ligne des médicaments. Ces dispositions ont été complétées par l'arrêté du 20 juin 2013 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique afin de poser « des règles en matière de vérification de l'absence d'interactions médicamenteuses et de conseil sur le bon usage du médicament ». En France, la garantie de sécurité de la vente en ligne repose sur l'obligation d'obtention d'une autorisation délivrée par les agences régionales de santé pour effectuer de la vente en ligne de médicaments. La liste des sites Internet détenant une telle autorisation est disponible sur le site Internet du ministère des affaires sociales et de la santé et sur celui de

l'ordre des pharmaciens. L'ANSM et le Conseil national de l'ordre des pharmaciens opèrent une veille afin de signaler tout abus à l'autorité judiciaire.

– **Médicaments orphelins - désignation - Comité des médicaments orphelins (COMP) - Agence européenne des médicaments (EMA) - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (www.ansm.sante.fr) :**

Rapport de la réunion du COMP de l'Agence européenne des médicaments relative à l'examen des demandes de désignation orpheline. Ce Comité chargé d'examiner les demandes de désignations déposées par des personnes physiques ou morales souhaitant développer des médicaments destinés au traitement de maladies rares, appelés médicaments « orphelins », a rendu en juin 2014 des avis favorables pour seize désignations de médicaments orphelins et a recommandé le maintien du statut d'orphelin de deux médicaments.

– **Industrie du médicament - bilan économique - Les entreprises du médicament (LEEM) (www.leem.org) :**

Rapport du LEEM relatif au Bilan économique des entreprises du médicament en 2013. Le Leem dans cette nouvelle édition de son bilan économique des entreprises du médicament opérant en France compile les données économiques et sociales les plus récentes sur le secteur et présente ainsi d'offrir une vision détaillée et prospective de l'industrie du médicament. Ce bilan fait apparaître un recul de l'emploi industriel dans le secteur du médicament, et un recul tout aussi important des investissements productifs.

– **Produits de santé - transparence - sécurité - stratégie nationale - engagement international - bilan - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (www.ansm.sante.fr) :**

Rapport d'activité pour l'année 2013 de l'ANSM destiné à faire un point sur la mise en œuvre des nouvelles missions et modalités de travail de l'Agence. Pour 2013, l'Agence, « *guidée par les exigences d'indépendance, de transparence, de partage de l'information pour assurer aux patients l'accès à des produits de santé innovants et dont le rapport bénéfice/risque est positif* », a suivi cinq orientations stratégiques principales : favoriser un accès rapide à l'innovation et aux produits de santé, garantir la sécurité des produits de santé après leur commercialisation, informer et instruire de façon transparente, renforcer la stratégie nationale et l'engagement international et enfin poursuivre la modernisation de l'agence

– **Défibrillateur automatisé externe (DAE) – dispositif médical – réanimation – arrêt cardiaque – recommandation – Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (www.ansm.sante.fr) :**

Rapport de l'ANSM : « *Défibrillateurs automatisés externes "grand public" : Recommandations à suivre par leurs exploitant* ». L'Agence pose des recommandations à l'encontre des acquéreurs de défibrillateurs automatisés externes (DAE), qui sont des dispositifs médicaux utilisés pour la réanimation de personnes victimes d'un arrêt cardiaque, car des risques de dysfonctionnement peuvent apparaître si un certain nombre de précautions relatives à leur utilisation et à leur maintenance ne sont pas prises. Ces recommandations visent notamment à s'assurer que les acquéreurs réalisent des contrôles réguliers afin de s'assurer de la fonctionnalité de l'appareil.

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– **Sécurité – jouet – nickel – directive [2009/48/CE](#) (J.O.U.E du 1^{er} juillet 2014) :**

Directive 2014/84/UE de la Commission européenne en date du 30 juin 2014 modifiant l'annexe II, appendice A, de la directive 2009/48/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la sécurité des jouets, en ce qui concerne le nickel.

– **Produit biocide – cuivre – autorisation de mise sur le marché (AMM) – utilisation essentielle (J.O.U.E du 12 juillet 2014) :**

Décision de la Commission C(2014) 4611 en date du 10 juillet 2014 relative à la mise sur le marché de produits biocides contenant du cuivre, en vue d'une utilisation essentielle.

Législation interne :

– **Médecine – travail – organisation (J.O. du 13 juillet 2014) :**

Décret n° 2014-798 du 11 juillet 2014 portant diverses dispositions relatives à la médecine du travail.

Décret n° 2014-799 du 11 juillet 2014 portant diverses dispositions relatives à l'organisation de la médecine du travail.

– **Consommation – travailleur – alcool – sécurité – santé – article [R. 4228-20](#) du Code du travail** (J.O. du 3 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-754 du 1^{er} juillet 2014 modifiant l'article R.4228-20 du Code du travail afin de déterminer les modalités selon lesquelles les employeurs peuvent restreindre la consommation de boissons alcoolisées dans l'entreprise lorsque celle-ci est susceptible de porter atteinte à la sécurité et à la santé physique et mentale des travailleurs.

– **Traitement – eau usée – fiche technique** (J.O. du 8 juillet 2014) :

[Avis](#) relatif à l'agrément de dispositifs de traitement des eaux usées domestiques et fiches techniques correspondantes.

– **Santé – travail – convention collective nationale** (J.O. du 1^{er} juillet 2014) :

[Avis](#) relatif à l'extension d'un avenant et d'un avenant à un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale des services de santé au travail.

Jurisprudence :

– **Amiante – responsabilité – obligation de sécurité – homicide – blessure involontaire – article [R. 232-10](#) et s. du Code du travail** (Crim., 24 juin 2014, [n° 13-81302](#)) :

En 1997, une plainte avait été déposée par d'anciens salariés d'une usine après que ceux-ci aient développé des maladies liées à leur exposition à l'amiante. Cette plainte intervenait un mois après l'interdiction de l'amiante en France, le 1^{er} janvier 1997. Le président directeur général de l'usine avait été mis en examen pour, homicide et blessures involontaires. La Cour d'appel avait prononcé un non-lieu considérant qu'il n'existait pas de charges suffisantes. La Cour de cassation est venue casser et annuler cet arrêt pour qu'il soit à nouveau jugé. La Cour considère en effet « *que les délits non intentionnels sont caractérisés à l'encontre de l'auteur indirect du dommage lorsqu'est établie une violation délibérée d'une obligation particulière de sécurité imposée par la loi ou le règlement* ». Or les dispositions des articles R. 232-10 et suivants du Code du travail, applicables au moment des faits, prévoyaient dans les emplacements affectés au travail, « *d'une part, des mesures de protection collective assurant la pureté de l'air nécessaire à la santé des travailleurs tenant à des modalités particulières de nettoyage, à l'installation de système de ventilation ou d'appareils clos pour certaines opérations, d'autre part, dans le cas où l'exécution de ces mesures serait reconnue impossible, des appareils de*

protection individuelle appropriés mis à la disposition des travailleurs ». Ainsi en considérant qu'il n'existait pas d'obligation particulière de sécurité mais des mesures générales visant à assurer la propreté des locaux, la chambre de l'instruction n'avait pas donné de base légale à sa décision.

– **Harcèlement moral - liberté fondamentale - loi [n° 83-634](#) du 13 juillet 1983 - examen médical périodique - fonctionnaire - article [L. 521-2](#) du Code de justice administrative - référé liberté** (C.E., 19 juin 2014, n° [381061](#)) :

Le Conseil d'Etat érige le droit du fonctionnaire de ne pas faire l'objet de harcèlement moral au travail, issu de l'article 6 quinquies de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, au rang de liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative. Une atteinte à ce droit peut donc donner lieu à la saisine du juge administratif dans le cadre d'un référé liberté. En l'espèce, le requérant était un agent de la fonction publique territoriale ayant vu ses conditions de travail se dégrader de par sa mise à l'écart, la privation de responsabilités et d'usage de moyens affectés au service et ce sans que « *son aptitude professionnelle ait été mise en cause par la commune ou qu'une procédure disciplinaire ait été engagée* ». La haute juridiction administrative considère que c'est à bon droit que le juge des référés a statué en urgence, une atteinte ayant été portée au droit à ne pas faire l'objet de harcèlement moral.

– **Amiante - question prioritaire de constitutionnalité (QPC) - loi [n° 2011-1906](#) du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 - loi [n° 98-1194](#) du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 - article [L. 711-1](#) du Code de la sécurité sociale** (CA de Rennes, 25 juin 2014, [C 14-40.032](#)) :

La QPC concerne en l'espèce l'article 100 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 modifiant l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999. Cet article « *en ce qu'il laisse perdurer la condition d'avoir exercé une activité dans un établissement répertorié par les arrêtés ministériels sur les listes des établissements relevant du régime général éligibles au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante pour pouvoir bénéficier du cumul de la durée du travail mentionné aux troisièmes et septième alinéas du I de l'article 41 de la loi n°98-1194 et de celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, viole-t-il le principe général d'égalité ?* »

– **Maladie - imputabilité - service - centre hospitalier régional universitaire (CHRU) - loi n° [86-33](#) du 9 janvier 1986 - article [L. 27](#) du Code des pensions civiles et militaires - article [L. 461-1](#) du Code de la sécurité sociale** (C.E., 4 juillet 2014, n° [361752](#)) :

La décision du directeur général d'un CHRU refusant la reconnaissance de l'imputabilité au service de la maladie d'un de ses agents a fait l'objet d'une annulation par le juge administratif en première instance. L'auteur de la décision litigieuse saisit le Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation du jugement du tribunal administratif. Le fonctionnaire atteint d'un syndrome du canal carpien a demandé l'application combinée de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et de l'article L. 27 du Code des pensions civiles et militaires. Le Conseil d'Etat considère que cette combinaison de dispositions ne donne pas droit à l'application de la présomption du caractère professionnel de la maladie au titre du tableau fixé par l'article L. 461-1 du Code de la sécurité sociale. Le juge administratif s'étant fondé sur cette dernière disposition pour annuler la décision du directeur général du CHRU, il a méconnu le champ d'application de la loi. Le Conseil d'Etat annule le jugement du tribunal administratif et renvoie l'affaire au juge administratif de première instance.

– **Congés-maladie - accident du travail - visite médicale - médecin du travail**
- **articles [R. 241-51](#) et [R. 241 51-1](#) du Code du travail** (C.E., 2 juillet 2014, n° [356329](#)) :

En l'espèce, suite à deux congés-maladie, un salarié délégué syndical a fait l'objet d'un licenciement pour inaptitude physique opéré après une décision du ministre du travail, des relations sociales et de la famille autorisant la société à y procéder. Le salarié licencié a saisi le juge administratif afin d'obtenir l'annulation de la décision du ministre. En première instance comme en appel, la demande est rejetée. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel en estimant que les juges du fond avaient commis une erreur de droit en considérant « *qu'il ne résultait pas des dispositions des articles R. 241-51 et R. 241 51-1 du code du travail* » que le salarié « *eût dû faire l'objet de nouvelles visites de reprise* » dès lors qu'il « *n'avait pas contesté l'avis rendu... par le médecin du travail à la suite de l'accident du travail dont il avait été victime... et du premier congé maladie qui en était résulté, et qui concluait à l'inaptitude définitive de l'intéressé à occuper son poste* » et d'autre part, qu'il « *ne ressortait pas des pièces du dossier que le deuxième congé maladie dont* » avait bénéficié le requérant « *eût été la conséquence de l'accident du travail ayant entraîné le premier arrêt maladie à l'issue duquel le médecin du travail avait émis l'avis non contesté* ».

– **Inaptitude physique - fonctionnaire stagiaire - obligation - reclassement**
(C.A.A. Versailles, 1er avril 2014, n° [12VE01799](#)) :

Un fonctionnaire stagiaire s'est trouvé en état d'inaptitude physique avant le terme de son stage. Il a donc été placé en disponibilité sans traitement. La commission de réforme, confirmant son état d'inaptitude physique définitive pour reprendre le service, a émis un avis favorable au prononcé du terme de son stage, avis suivi par le préfet de police qui a mis fin au stage de l'intéressé par arrêté en date du 26 mai 2011. Saisi d'une demande en annulation de ce décret par le destinataire de cette décision, le juge administratif en première instance a rejeté la demande. Les juges du fond

annulent ce jugement ainsi que le décret du préfet de police considérant que l'employeur n'a pas respecté un principe général du droit applicable également aux fonctionnaires stagiaires. Ce principe est celui selon lequel, lorsqu'une inaptitude physique est constatée, l'employeur est tenu de reclasser l'agent dans un autre emploi et en cas d'impossibilité, de prononcer son licenciement.

– **Tribunal de l'Union Européenne (TUE) - sécurité - jouet - valeur limite - substance - directive [2009/48/CE](#)** (TUE, 14 mai 2014, [T-198/12](#)) :

Le TUE a déclaré illégales les mesures sanitaires allemandes imposant des limitations de présence de substances chimiques en-deçà de celles prévues par la réglementation communautaire. En effet, le tribunal a estimé que l'Allemagne ne démontrait pas scientifiquement que ces mesures apportaient une plus grande protection de la santé publique.

Doctrine :

– **Emploi - trouble mental - Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES)** (www.drees.sante.gouv.fr) :

Etude de T. Barnay et E. Defebvre : « *Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien de l'emploi ?* » publiée par la DREES. L'étude montre que les travailleurs porteurs d'un trouble mental ont moins de chance de conserver leur emploi notamment s'ils ne le déclarent pas à leur employeur. Elle précise en outre que, pour les femmes, « *la santé mentale n'affecte pas la trajectoire professionnelle.* »

– **Harcèlement moral - éléments constitutifs - santé - conditions de travail - article [222-33-2](#) du Code pénal** (note sous Cass., crim., 14 janvier 2014, [n° 11-81362](#)) (AJ Pénal, 2014, p.301) :

Note de Cédric Porteron : « *Le harcèlement moral est établi dès lors que la dégradation des conditions de travail est susceptible de causer un dommage* ». Dans cette affaire, le requérant avait été convoqué à un entretien préalable en vue de son licenciement après avoir refusé une mutation. Suite à une décision judiciaire il avait pu réintégrer son poste. Il a cependant commencé à subir une dégradation de ses conditions de travail. L'article 222-33-2 du code pénal dispose que constituent des faits de harcèlement « *les agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ». Ainsi, la Cour de cassation considère, que la Cour d'appel « *en retenant que les conséquences de la dégradation des conditions de travail devaient être avérées, alors que la simple possibilité d'une telle dégradation suffit à consommer le délit de harcèlement moral, a méconnu les textes* »

susvisés ». L'auteur soulève les limites de cette décision en ce qu'il n'existe aucune précision sur la manière dont les juges doivent apprécier la simple possibilité de répercussion sur la santé. Le texte visant non pas « *la santé* » du salarié mais « *sa santé* », il suppose une appréciation *in concreto* de la sensibilité propre de chaque individu. Or les conséquences du harcèlement varient en fonction des prédispositions de chacun. L'auteur se demande donc jusqu'où ira le contrôle de la Cour de cassation.

– **Accident de travail - maladie professionnelle - caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - procédure - inopposabilité - employeur - décret [n° 2009-938](#) du 29 juillet 2009 - circulaire [n° 2009-267](#), 21 août 2009 - Loi n° [2012-1404](#) de financement de la sécurité sociale (LFSS) (Semaine sociale Lamy, n° 1637, 30 juin 2014 et n° 1638, 7 juillet 2014) :**

-Article de C. Durand et de N. Ferre : « *La portée de la règle de l'inopposabilité à l'employeur des décisions de la CPAM. Un éclairage à partir de l'exemple des cancers professionnels (Première partie)* ». Les auteures reviennent sur le contentieux abondant opposant les employeurs à la CPAM sur la reconnaissance des maladies et accidents professionnels. Le non-respect des règles de procédure par la CPAM a conduit de nombreuses fois à l'inopposabilité de ses décisions aux employeurs. Les auteurs rappellent donc les grandes lignes de la procédure de reconnaissance du caractère professionnel des accidents et maladies à la lumière du décret du 29 juillet 2009 et en analysent la portée concrète sur les cas de cancers.

-Article de C. Durand et de N. Ferre : « *La portée de la règle de l'inopposabilité à l'employeur des décisions de la CPAM. Un éclairage à partir de l'exemple des cancers professionnels (Deuxième partie)* ». Dans la continuité de la première partie, les auteures présentent dans cet article les différents moyens par lesquels les employeurs tentent de se soustraire aux conséquences financières d'une maladie ou d'un accident professionnel contracté, du fait du travail, dans leur entreprise. Elles constatent que « *si le système de tarification des entreprises a pour rôle d'inciter les entreprises à se soucier de la santé et de la sécurité des salariés, le principe de mutualisation des coûts, auquel s'ajoute la possible inopposabilité des décisions, compromet cet objectif.* »

– **Principe de précaution - preuve - science - droit - risque - doute - loi Barnier [n° 95-101](#) du 2 février 1995 - article [L. 110-1](#) du Code de l'environnement (Recueil Dalloz, 2014, n° 24, p. 1391) :**

Article de Mustapha Mekki : « *Le droit privé de la preuve...à l'épreuve du principe de précaution* ». L'auteur considère à titre liminaire que « *si la preuve devrait être le terreau d'une vérité, principalement judiciaire, le principe de précaution est le berceau de toutes les incertitudes* ». Il estime que si la preuve et le principe de précautions semblent de prime abord opposés en tous points, ils partagent en réalité « *une culture commune qui les rapproche : celle du doute* ». Afin de clarifier le lien entre droit de la preuve et principe de précaution, il est, selon l'auteur nécessaire d'opérer une distinction entre

la « règle » de précaution qui découle des dispositions de la loi Barnier n° 95-101 du 2 février 1995 et un éventuel « principe directeur » de précaution. Il précise que dans le premier cas, le « principe » de précaution se limite à la mise en œuvre de mesures préventives. Dans le second, le principe de précaution serait appelé à irradier l'ensemble des branches du droit, spécialement du droit civil. La consécration d'un tel principe directeur de « précaution » opérerait selon l'auteur, un « décloisonnement du principe de précaution » et pourrait justifier un assouplissement des conditions de mise en œuvre de la responsabilité civile au service d'une « responsabilité préventive ». L'auteur ajoute que « la preuve à l'épreuve du principe de précaution » renouvelle la réflexion sur les rapports entre la science et le droit. Il estime que « l'incertitude devient objet du droit et fait trembler les piliers du droit de la preuve ». En définitive, l'auteur considère que la combinaison du droit de la preuve et du principe de précaution conduit à adapter les catégories, à repenser les modes de raisonnement, à revisiter les schémas de pensée. Il ajoute que sans remettre en cause le triptyque objet de la preuve, charge probatoire et modes de preuve, le principe de précaution oblige à en relativiser la portée autour de deux notions fondamentales : « le doute raisonnable et le risque acceptable ».

– **Amiante - maladie - travailleur - préjudice d'anxiété** (note sous Soc., 2 avril 2014, [n° 12-28616](#); note sous Soc., 2 avril 2014, [n° 12-29825](#); note sous Soc., 28 mai 2014, [n° 12-12949](#)) (Recueil Dalloz, 2014, n° 24, p.1404) :

La Chronique de Jurisprudence de la Chambre sociale de la Cour de Cassation contient une note d'Emmanuel Wurtz intitulée: « *Indemnisation des travailleurs de l'amiante* ». L'auteur revient sur les arrêts du 2 avril 2014 et du 28 mai 2014 relatifs à l'indemnisation du préjudice d'anxiété résultant du risque de déclaration d'une maladie liée à l'amiante. Il a été admis dans ces arrêts que la déclaration de la maladie et le contentieux de la sécurité sociale auquel elle peut donner lieu « *ne privent pas le salarié du droit de demander à la juridiction prud'homale la réparation des conséquences du trouble psychologique compris dans le préjudice d'anxiété subi avant la déclaration de la maladie* ». Or l'auteur constate que la combinaison des régimes juridiques applicables complexifie le système d'indemnisation en le faisant reposer sur deux juridictions distinctes.

– **Santé - contrat de travail - protection salarié - obligation d'information - obligation de sécurité - activité dangereuse - vie privée - article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) - autonomie personnelle** (note sous CEDH, 5 décembre 2013 [n° 52806/09](#) et [n° 22703/10](#), Vilnes et a. c/ Norvège) (Revue des contrats, 1^{er} juillet 2014, n°2, p.285) :

Note de Jean-Pierre Marguénaud: « *Consécration européenne d'une obligation précontractuelle d'information des salariés exerçant une activité intrinsèquement dangereuse* ». L'auteur revient sur la décision de la Cour européenne des droits de l'homme du 5 décembre 2013 qui mettait à la charge de l'Etat l'obligation positive de faire délivrer par l'employeur une information précontractuelle relative à la santé et à la sécurité de salariés se livrant à une activité intrinsèquement dangereuse. L'affaire

concernait d'anciens plongeurs qui alléguaient être invalides du fait de leur activité de plongeur en mer du Nord pour des compagnies pétrolières de 1965 à 1990. La Cour avait conclu à la violation de l'article 8 de la CEDH car les autorités norvégiennes n'avaient pas veillé à mettre à la disposition des requérants des informations essentielles qui auraient permis à ceux-ci d'apprécier les risques pour leur santé et leur vie résultant de l'utilisation de tables de décompression rapide. L'auteur soulève alors ses inquiétudes quant aux conséquences d'une telle décision. En effet, le rattachement de l'obligation précontractuelle d'information à l'article 8 la met en relation avec le principe d'autonomie personnelle. Or l'auteur soulève le problème d'une telle interprétation, notamment si elle « *devait signifier que le salarié peut s'engager dans n'importe quelle activité pour peu qu'il ait été préalablement et précisément informé des risques qu'elle représente* ».

Divers :

– **Recommandation - pesticide - santé - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) (www.anses.fr) :**

[Avis](#) de l'Anses relatif au rapport d'expertise collective de l'Inserm « *Pesticides. Effets sur la santé* ».

– **Recommandation - qualité de l'air - bâtiment - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) (www.anses.fr) :**

[Avis](#) de l'Anses relatif à « *la proposition de valeurs guides de qualité d'air intérieur pour l'acétaldéhyde* ».

– **Désamiantage - stratégie - mission interministérielle (www.senat.fr) :**

[Rapport](#) d'information du Sénat fait au nom de la commission des affaires sociales sur le suivi de la mission d'information de 2005 sur l'amiante. Ce rapport revient sur les 25 propositions effectuées en 2005 par la mission commune d'information du Sénat qui ont été, en majorité, toutes suivies. Toutefois, le Sénat soulève l'insuffisance de celles-ci et les rapporteurs préconisent l'élaboration d'une stratégie annuelle de désamiantage ainsi que la constitution d'une mission interministérielle afin de déterminer le coût qu'engendrerait le désamiantage.

– **Haute autorité de santé (HAS) - exposition - plomb - objectif - gestion (www.has-sante.fr) :**

[Rapport](#) de la HAS en date du 23 mai 2014 : « *Expositions au plomb : détermination de nouveaux objectifs de gestion* ». Ce rapport a été rendu dans le cadre de la prévention du saturnisme infantile. Le HCSP recommande aux autorités sanitaires que soient mis en place deux niveaux de plombémie (taux de plomb dans le sang). Il propose un premier niveau au seuil de 50 µg/L au-delà duquel on parlerait de « niveau d'intervention rapide » donnant lieu à une enquête environnementale. Le second seuil proposé serait celui dit de « vigilance ». Il implique la prise en charge des individus dont la plombémie dépasse le seuil de vigilance en concentration de plomb fixé à 25 µg/L. Le HCSP envisage également des « valeurs d'alerte » concernant les principales sources de plomb (« poussière, sols, eau du robinet »). Il propose enfin, au vu de tous ces indicateurs, la création d'une base de donnée nationale recensant toutes les données recueillies dans le cadre des alertes, enquêtes environnementales et de la prise en charge des populations visées par le niveau de vigilance.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

– **Diarrhée épidémique - porcine - police sanitaire - Union européenne** (J.O.U.E. du 11 juillet 2014) :

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 750/2014 de la commission du 10 juillet 2014 établissant des mesures de protection relatives à la diarrhée épidémique porcine en ce qui concerne les conditions de police sanitaire applicables à l'introduction de porcins dans l'Union européenne.

– **Résidu - produit - denrée alimentaire - animal - règlement (CE) n° 396/2005** (J.O.U.E. du 10 juillet 2014) :

[Règlement](#) n° 737/2014 de la Commission en date du 24 juin 2014 modifiant les annexes II et III du règlement (CE) n° 396/2005 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les limites maximales applicables aux résidus de 2-phénylphénol, de chlorméquat, de cyflufénamid, de cyfluthrine, de dicamba, de fluopicolide, de flutriafol, de fosétyl, d'indoxacarbe, d'isoprothiolane, de mandipropamide, de métaldéhyde, de metconazole, de phosmet, de piclorame, de propyzamide, de pyriproxyfène, de saflufénacil, de spinosad et de trifloxystrobine présents dans ou sur certains produits.

– **Alimentation animale - règlement d'exécution (UE) n° 399/2014 - rectificatif** (J.O.U.E du 3 juillet 2014) :

[Rectificatif au règlement d'exécution](#) (UE) n° 399/2014 de la Commission du 22 avril 2014 concernant l'autorisation des préparations de *Lactobacillus brevis* DSM 23231, de *Lactobacillus brevis* DSMZ 16680, de *Lactobacillus plantarum* CECT 4528 et de *Lactobacillus fermentum* NCIMB 30169 en tant qu'additifs dans l'alimentation de toutes les espèces animales.

– **Alimentation animale - additif - autorisation - refus** (J.O.U.E. du 12 juillet 2014) :

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 754/2014 de la Commission du 11 juillet 2014 portant refus de l'autorisation de *Pediococcus pentosaceus* (NCIMB 30068) et de *Pediococcus pentosaceus* (NCIMB 30044) en tant qu'additifs pour l'alimentation animale.

– **Alimentation animale - résidu - pesticide - [règlement \(CE\) n° 396/2005 - directive 91/414/CEE - modification](#)** (J.O.U.E. du 15 juillet 2014) :

[Règlement \(UE\) n°752/2014](#) de la Commission du 24 juin 2014 remplaçant l'annexe I du règlement (CE) n°396/2005 du Parlement européen et du Conseil relatif aux limites maximales applicables aux résidus de pesticides présents dans ou sur les denrées alimentaires ou les aliments pour animaux d'origine végétale et animale.

– **Peste porcine - Lettonie - décision d'exécution [2014/178/UE](#)** (J.O.U.E. du 10 juillet 2014) :

[Décision d'exécution](#) C(2014) 4925 de la Commission du 8 juillet 2014 modifiant la décision d'exécution 2014/178/UE en ce qui concerne la peste porcine africaine en Lettonie.

– **Leucose bovine enzootique - reconnaissance - décision [2003/467/CE](#)** (J.O.U.E. du 9 juillet 2014) :

[Décision d'exécution](#) C(2014) 4547 de la Commission du 7 juillet 2014 modifiant la décision 2003/467/CE en ce qui concerne la reconnaissance du statut d'Etat membre officiellement indemne de leucose bovine enzootique pour l'Estonie.

– **Participation financière - intervention - urgence - influenza aviaire - Espagne - Danemark - Allemagne** (J.O.U.E. du 8 juillet 2014) :

[Décision d'exécution](#) C(2014) 4437 de la Commission européenne en date du 4 juillet 2014 fixant la participation financière de l'Union aux dépenses effectuées par

l'Espagne, en 2013, pour le financement des interventions d'urgence menées contre l'influenza aviaire.

Décision d'exécution C(2014) 4439 de la Commission européenne en date du 4 juillet 2014 fixant la participation financière de l'Union aux dépenses effectuées par le Danemark en 2013 pour le financement des interventions d'urgence menées contre l'influenza aviaire.

Décision d'exécution C(2014) 4441 de la Commission européenne en date du 4 juillet 2014 fixant la participation financière de l'Union aux dépenses effectuées par l'Allemagne en 2012 et en 2013 pour le financement des interventions d'urgence menées contre l'influenza aviaire.

– **Denrée alimentaire - programme de travail - phytosanitaire** (J.O.U.E du 2 juillet 2014) :

Décision d'exécution 2014/C 205/04 de la Commission européenne en date du 30 juin 2014 relative au financement, pour l'année 2014, du programme de travail concernant la formation dans le domaine de la sécurité des denrées alimentaires et des aliments pour animaux, de la santé animale et du bien-être des animaux ainsi que dans le domaine phytosanitaire au titre du programme «Une meilleure formation pour des denrées alimentaires plus sûres».

– **Peste porcine - mesure provisoire - protection** (J.O.U.E du 1^{er} juillet 2014) :

Décision d'exécution C(2014) 4536 de la Commission européenne en date du 27 juin 2014 concernant certaines mesures provisoires de protection contre la peste porcine africaine en Lettonie.

Législation interne :

– **Convention collective nationale - produit - usage pharmaceutique - parapharmaceutique - vétérinaire** (J.O. du 13 juillet 2014) :

Arrêté du 26 juin 2014 pris par le ministre du travail, de l'emploi et du dialogue social, portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire (n° 1555).

– **Fièvre catarrhale - mouton - arrêté du 22 juillet 2011** (J.O. du 10 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 4 juillet 2014 pris par le ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, modifiant l'arrêté du 22 juillet 2011 fixant les mesures techniques et administratives relatives à la lutte contre la fièvre catarrhale du mouton sur le territoire métropolitain.

Jurisprudence :

– **Contentieux disciplinaire - vétérinaire - interdiction temporaire d'exercice** (C.E., 2 juillet 2014, n° [360194](#)) :

En l'espèce, la société X exploitant de plusieurs établissements demandent l'annulation de la décision de la chambre supérieure de discipline de l'ordre des vétérinaires en tant qu'elle prononce une sanction d'interdiction de l'exercice de la profession de vétérinaire sur tout le territoire national pendant trois mois, dont deux avec sursis. Il est reproché à la société X d'avoir apposé, « *en plus de la mention du nom de la société X, quatre mentions « clinique vétérinaire » sur les vitrines, d'affiches au revers de certaines vitres de la façade ainsi que du numéro de téléphone de la clinique en caractères volumineux* ». Le Conseil d'Etat considère que la chambre supérieure de discipline de l'ordre des vétérinaires n'a pas commis d'erreur de droit à l'égard du gérant de la société X, car ces mentions, qui relèvent par leur nature et leur visibilité de la voie publique de la signalétique réglementée par l'article R. 242-73 du Code rural et de la pêche maritime, ne figurent pas dans la liste des signes et mentions autorisés par cet article. Toutefois, le Conseil d'Etat considère que la sanction de trois mois d'interdiction d'exercer la profession de vétérinaire sur le territoire national dont deux avec sursis « *emporte pour la société X, [...qui] exploite plusieurs autres établissements, des conséquences manifestement disproportionnées au regard des manquements retenus, dont, d'une part, il n'est pas contesté qu'ils sont circonscrits à un seul des établissements gérés par cette société, et qui, d'autre part, n'ont pas trait à la qualité des soins rendus* ».

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

– **Accord - entraide administrative - sécurité sociale - République française - Grand-Duché de Luxembourg** (J.O. du 9 juillet 2014) :

[Loi](#) n° 2014-776 du 8 juillet 2014 autorisant l'approbation de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale.

- **Protection sociale complémentaire - garantie** (J.O. du 10 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-786 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.

- **Plafond - ressource - protection complémentaire - santé** (J.O. du 9 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-782 du 7 juillet 2014 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé.

- **Protection sociale complémentaire - prise en charge - rémunération - médecin - article [L. 162-5](#)** du Code de la sécurité sociale (J.O. du 6 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-769 du 4 juillet 2014 relatif au recouvrement de la participation des organismes de protection sociale complémentaire à la prise en charge des modes de rémunération des médecins mentionnés au 13° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale.

- **Mutuelle - Code de la mutualité - équipement sanitaire - social** (J.O. du 6 juillet 2014) :

[Décret](#) n° 2014-768 du 4 juillet 2014 relatif aux conditions d'ouverture des activités et services des mutuelles et unions relevant du livre III du code de la mutualité.

- **Indemnité - assurance sociale - chambre disciplinaire - ordre - profession de santé** (J.O. du 5 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 3 juillet 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, modifiant l'arrêté du 28 août 2007 fixant le montant des indemnités susceptibles d'être allouées aux présidents des sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance des ordres des professions de santé.

- **Taxe - solidarité additionnelle - Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)** (J.O. du 12 juillet 2014) :

[Arrêté](#) du 25 juin 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé, fixant le modèle du formulaire « Tableau récapitulatif des déclarations de la taxe de solidarité additionnelle » pour le financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMUC).

– **Convention nationale - transporteur sanitaire - assurance maladie** (J.O. du 4 juillet 2014) :

[Avis](#) relatif à l'avenant n° 7 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002.

Jurisprudence :

– **Oxygénothérapie - remboursement - caisses d'assurance maladie - demande d'entente préalable** (Cass. civ. 2^e, 19 juin 2014, [n° 13-18999](#)) :

En l'espèce la caisse du régime social des indépendants du Nord Pas de Calais a refusé la prise en charge pour la période du 4 mars au 13 septembre 2011 d'un traitement d'oxygénothérapie prescrit pour un an à Mme X. et exécuté par la société SOS Oxygène Nord Joly médical. La caisse a limité la prise en charge aux prestations postérieures au 14 septembre 2011, date de réception de la demande d'entente préalable. La société se pourvoit en cassation. La Cour de cassation rejette le pourvoi au motif que « *le médecin traitant a prescrit, le 4 mars 2011, à Gabrielle X..., un traitement d'oxygénothérapie à long terme ; que la demande d'entente préalable n'a été transmise que le 14 septembre 2011 ; qu'il ne peut être imposé à la caisse de prendre en charge le traitement entrepris avant que la demande d'entente préalable ne soit faite ; que, si les prestataires ont l'obligation d'exécuter les traitements prescrits, il ne peut en être tiré aucun argument pour le présent litige ; que l'intervention d'un accord implicite de la caisse ne pourrait s'appliquer que pour les soins postérieurs au 14 septembre 2011 mais non pour ceux pratiqués antérieurement à la demande d'entente préalable* ».

Divers :

– **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (PLFSS) (rectificative) - cotisation salariale - entreprise - Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)** (www.assemblee-nationale.fr) :

[Projet](#) de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 enregistré à la Présidence de l'assemblée nationale le 18 juin 2014. Parmi les dispositions de ce

projet figurent notamment les dispositions relatives aux réductions dégressives des cotisations salariales. Ces dispositions sont la contrepartie des mesures visant à accroître la compétitivité des entreprises. Enfin, l'ONDAM est fixé à 193 Milliards d'euros pour l'année 2014.

– **Protection sociale - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (www.drees.gouv.fr) :**

Rapport publié par la DREES : « *La protection sociale en France et en Europe en 2012* ». La DREES propose une vue d'ensemble de la protection sociale, ainsi que plusieurs dossiers. Parmi ces éclairages, le rapport présente notamment les garanties offertes par les organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux ainsi que l'opinion des français sur le financement de la protection sociale.

– **Organisme complémentaire - couverture santé - couverture maladie universelle (CMU) - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (www.drees.gouv.fr) :**

Rapport publié par la DREES : « *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé* ». Le rapport comprend trois parties. La première présente des éléments de cadrage généraux sur le secteur de l'assurance et plus particulièrement sur les organismes assurant la couverture complémentaire santé et finançant le fonds CMU. La deuxième partie porte sur la solvabilité financière de ces organismes. Enfin, la dernière partie apporte des éléments concernant les frais de gestion des organismes complémentaires.

– **Haute autorité de santé (HAS) - acte - prestation - affection de longue durée (ALD) - bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (www.has-sante.fr) :**

Décision n° 2014.0123/DC/SMACDAM de la HAS en date du 11 juin 2014 définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 14 « Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une bronchopneumopathie chronique obstructive ».

Décision n° 2014.0124/DC/SMACDAM de la HAS en date du 11 juin 2014 portant adoption :

- du « guide parcours de soins - Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) » ;
- des « points critiques du parcours de soins BPCO » ;
- du « schéma parcours de soins BPCO ».

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

Directeur de publication : Frédéric Dardel, 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 juillet 2014.

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 courriel) sont rigoureusement interdites.