



L'Institut Droit et Santé organise prochainement les colloques suivants :

- « *Le droit de l'alerte sanitaire et la régulation des conflits d'intérêts en santé publique* », le **4 novembre 2014** ;
- « *Le projet de loi Santé 2015 : enjeux et débats ?* », le **12 novembre 2014**, avec la **Chaire Santé de Sciences Po** ;
- « *Etats de Santé* », le **25 novembre 2014**, avec le cabinet **Clifford Chance**.

Pour consulter les programmes de ces manifestations et 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° 199 : Période du 16 au 31 octobre 2014

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	12
3. Personnels de santé	22
4. Etablissements de santé	29
5. Politiques et structures médico-sociales	32
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires	33
7. Santé environnementale et santé au travail	46
8. Santé animale	56
9. Protection sociale contre la maladie	59

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation interne :

– **Accord - Organisation des Nations unies (ONU) - République française - transport - santé - environnement** (J.O. du 29 octobre 2014) :

Décret n° 2014-1248 du 27 octobre 2014 portant publication de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et l'Organisation des Nations unies relatif à la tenue de la quatrième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement (4e RHN) dans le cadre du programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE-TSE) (ensemble une annexe), signées à Genève le 28 mars 2014 et à Paris le 11 avril 2014.

– **Mobilisation - réserve sanitaire - Ebola** (J.O. des 17 et 25 octobre 2014) :

Arrêtés **n° 17** du 15 octobre 2014 et **n° 12** du 22 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire Guinée, au Sierra Leone et au Liberia.

– **Point de contact national - mission - soin de santé transfrontalier - directive 2011/24/UE - Union européenne (UE)** (B.O. du 15 octobre 2014) :

Décision du 22 septembre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relative aux missions du point de contact national de la directive 2011/24/UE.

– **Ebola - risque - territoire national** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en date du 11 octobre 2014 relative à la conduite à tenir au regard du risque Ebola sur le territoire national.

– **Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) - Etat - Agence régional de santé (ARS) - 2015-2018** (B.O. du 15 octobre 2014) :

Instruction SG n° 2014-223 du 17 juillet 2014 prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relative à l'élaboration des CPOM État-ARS 2015-2018.

Jurisprudence :

– **Agence française de lutte contre le dopage - interdiction - dopage - participation - compétition sportive - référé-suspension** (C.E., 10 octobre 2014, n° [384540](#)) :

Le Conseil d'Etat se prononce en l'espèce dans le cadre d'un référé-suspension introduit à l'encontre d'une décision de l'Agence française de lutte contre le dopage. Cette dernière prononce à l'encontre du requérant une sanction d'interdiction de participer à des compétitions et manifestations sportives pendant deux ans, suite à un contrôle anti-dopage auquel le requérant s'était soustrait. Concernant le critère de l'urgence comme fondement du référé-suspension, le requérant fait valoir son âge pour participer à une compétition à laquelle il ne pourra plus participer dans deux ans. La Haute juridiction administrative considère cependant, pour rejeter la requête, que la sanction disciplinaire ne l'empêche pas de participer à des compétitions et manifestations sportives à titre d'amateur et qu'il est en effet inscrit à titre d'amateur à la compétition dont il fait état en appui de sa requête. Le Conseil d'Etat considère donc que « *la mesure de suspension qui le frappe ne le met pas dans l'impossibilité de continuer à pratiquer la discipline qu'il affectionne pendant la durée de l'interdiction* ». La situation d'urgence à la levée de la mesure n'est donc pas caractérisée.

– **Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) - obligation vaccinale - article 227-17 du Code pénal - articles L. 3111-1 à L. 3111-3 et L. 3116-2 du Code de la santé publique** (saisine par le TGI. Auxerre, 9 octobre 2014, [P.14-90044](#)) :

La QPC transmise à la Cour de cassation est relative aux articles 227-17 du Code pénal et L.3111-1 à L.3111-3 et L.3116-2 du Code de la santé publique relatifs à l'obligation vaccinale. La QPC consiste à savoir si les dispositions de ces articles sont « *contraires au préambule de la Constitution de 1946 repris dans le préambule de la Constitution de 1958 relatif aux droits et à la santé en ce qu'ils imposent aux détenteurs de l'autorité parentale sur leurs enfants mineurs, une obligation vaccinale leur interdisant de s'en exonérer au regard des dangers réels ou supposés desdites vaccinations ?* ».

– **Question prioritaire de constitutionnalité (QPC) - produit stupéfiant - consommation - détention - consommation - légalité des délits et des peines - article 222-37 du Code pénal - article L.3421-1 du Code de la santé publique** (Crim., 16 septembre 2014, [n° 14-90036](#)) :

En l'espèce, la question prioritaire de constitutionnalité transmise à la Cour de cassation était la suivante : « *Les articles 222-37 du Code pénal et L. 3421-1 du Code de la santé publique ne définissant pas la détention et/ou ne précisant pas que la consommation de produits stupéfiants emporte nécessairement détention desdits produits, ces dispositions*

portent-elles atteinte au principe de légalité des délits et des peines, au principe de l'égalité et de prévisibilité des peines, au principe de proportionnalité des peines ? ». La Cour de cassation dit n'avoir pas lieu de renvoyer cette QPC au Conseil constitutionnel dans la mesure où cette question n'est pas nouvelle et ne présente pas de caractère sérieux. En effet, pour la Cour « les dispositions spéciales de l'article L. 3421-1 du code de la santé publique, incriminant l'usage illicite de produits stupéfiants, excluent l'application de l'article 222-37 du code pénal, incriminant la détention de tels produits, s'il est établi que les substances détenues étaient exclusivement destinées à la consommation personnelle du prévenu ».

Doctrine :

– **Sang humain - infection nosocomiale - projet de loi santé 2015** (Dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 252, octobre 2014) :

Au sommaire du bulletin du « *dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies* » figurent notamment les articles suivants :

- O. Merger : « *Sang humain : nouvelle organisation* » ;
- C. Caillé : « *Infection nosocomiale : évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité physique* » ;
- K. Haroun : « *Projet de loi de santé : la Conférence nationale de santé rend un avis en demi-teinte* ».

– **Santé publique - prévention - tabagisme - droit des malades - information - fin de vie - soins psychiatriques - indemnisation - embryon - produit de santé - essais cliniques - réglementation européenne - vente en ligne - responsabilité** (D., 2014, 2021) :

Panorama réalisé par A. Laude : « *Droit de la santé. Juin 2013 - Juin 2014* ». Le droit de la santé a connu une actualité importante, sur la période visée, que le Professeur Anne Laude retrace autour de quatre grands thèmes. La protection de la santé publique, d'abord, a mis la lutte contre le tabagisme en exergue notamment avec l'apparition d'un contentieux autour des cigarettes électroniques. Le droit des malades ensuite, ne cesse d'évoluer. L'auteur retrace les évolutions jurisprudentielles et législatives sur le droit à l'information, les nombreux rebondissements sur la fin de vie avec l'affaire Vincent Lambert, les évolutions concernant les droits des personnes en soins psychiatriques, le droit à l'indemnisation des patients et enfin des évolutions sur la recherche sur l'embryon avec l'inversion de paradigme du principe d'interdiction des recherches au principe d'autorisation des recherches assortis de conditions « allégées ». Le droit des professionnels de santé a également connu des évolutions avec la remise en cause de la situation de monopole des pharmaciens et des biologistes médicaux. Le droit des produits de santé a également fait l'objet d'une actualité importante avec notamment la question de la qualification divergente entre

les Etats membres de l'UE d'un médicament ou d'un dispositif médical. Un nouveau règlement en date du 16 avril 2014 a été adopté pour les essais cliniques. La vente en ligne des produits de santé et notamment des médicaments est imposée par le droit de l'Union et a fait l'objet de textes de transposition. Enfin, l'actualité du contentieux de responsabilité des produits de santé défectueux est soulignée.

– **Accès aux soins - Guyane - constat - disparité - Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)** (www.insee.fr) :

Etude de l'INSEE établie par H. Duplan, S. Cazaux, B. Hurpeau et P. Dorelon : « *Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités* ». Le temps moyen d'accès aux soins est de seulement 16 minutes sur ce territoire ce qui est excellent mais pour de nombreux citoyens ce temps d'intervention est exponentiel en fonction de leur éloignement de la côte. Cela est particulièrement problématique pour les accouchements et 1/5 de la population demeure à plus de 30 minutes d'un service d'urgence. Ces écarts peuvent monter jusqu'à 2 heures en fonction des communes.

– **Grippe saisonnière - virologie - SOS médecin - surveillance locale** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 28, 14 octobre 2014) :

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

- E. Melchior et coll. : « *Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France métropolitaine, saison 2013-2014* » ;
- O. Retel et coll. : « *Contribution des associations SOS Médecins à une surveillance locale de la grippe saisonnière en France* ».

– **Lanceur d'alerte - liberté d'expression - sécurité sanitaire - santé - environnement - Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) - législation interne** (JCP G, n° 43, 20 octobre 2014) :

Article de E. Alt : « *Lanceurs d'alerte : un droit en tension* ». Ce droit de l'alerte éthique est en construction pour l'auteur. La liberté d'expression doit être tempérée en fonction des autres intérêts en jeu. La CourEDH pose des critères que la France respecte. Une législation disparate organise la protection du « lanceur d'alerte » avec des normes internationales et internes. Les conditions d'une protection effective, revient pour l'auteur, au droit jurisprudentiel qui pourrait s'inspirer des exemples étrangers.

– **Médecine légale - schéma - organisation - Inspection générale des affaires sociales (IGAS)** (www.igas.gouv.fr) :

[Rapport](#) de l'IGAS établi par P. Beau, A. Bodon et coll. : « *Rapport sur l'évaluation du schéma d'organisation de la médecine légale* ». Réalisé par les inspections générales compétentes des différents corps de l'administration, ce rapport rendu en décembre 2013 retrace les conditions de mise en œuvre du « *schéma d'organisation de la médecine légale* » commencé en décembre 2010. Il examine la pertinence de ce schéma et les conditions de son déploiement. Il montre que si une réforme était nécessaire, sa conception et sa mise en œuvre sont critiquables et ses résultats insuffisants. Il trace les voies d'une évolution indispensable. Le rapport formule des recommandations d'ordre stratégique et technique.

– **Objet connecté - gérontologie - encadrement** (Rev. Médecine & Droit, n° 128, septembre-octobre 2014, p. 115) :

Note de F. Lesaulnier : « *« Gérontechnologies » : des offres de service dont il convient d'encadrer l'usage* ». Les outils technologiques ne cessent d'innover et cela profite aussi aux seniors qui disposent désormais de services techniques pouvant prolonger un maintien au domicile et l'assurance d'une certaine autonomie. Outre le financement, ces dispositifs demandent un suivi particulier dont il convient d'encadrer les usages afin de respecter les droits et libertés des personnes concernées. Le rédacteur en chef du pôle santé de la CNIL trace dans ce document quelques points d'attention à cet effet. Ce sujet est considéré prioritaire pour la CNIL.

– **Don du sang - discrimination - Organisation mondiale de la santé (OMS) - Europe - comité régional - femme - santé - inégalité - médecin - violence - lutte** (Les Tribunes de la santé, n° 44, automne 2014) :

Au sommaire de la revue *Les Tribunes de la santé* figurent notamment les articles suivants :

- F. Kastler : « *Union européenne : vers la fin d'un système de don de sang discriminatoire ?* » ;
- Y. Charpak : « *OMS : Le comité régional annuel de l'OMS Europe* » ;
- C. Favier : « *Les combats féministes dans le champ de la santé* » ;
- M. Mesnil : « *Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé* » ;
- L. Pourchez : « *Savoir des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion)* » ;
- C. Debout et R. Magnon : « *Léonie Chaptal, un leader visionnaire* » ;
- S. Simon : « *Violences faites aux femmes : définitions, principaux chiffres et politiques publiques de lutte* » ;
- C. Le Pen : « *Pour une approche morale en économie de la santé* ».

- **Bactérie nosocomiale - enquête nationale - bilan - santé** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 29, 28 octobre 2014) :

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

- M. Giard et coll. : « *Analyse comparative des bactériémies nosocomiales chez l'adulte en réanimation et hors réanimation : enquête nationale de prévalence 2012, France* » ;
- C. Bois et coll. : « *Bilans de santé PMI 3-4 ans à l'école maternelle dans les Hauts-de-Seine, France : synthèse des études 2005 et 2010 et perspectives* ».

- **Détenu - motif médical - liberté - loi n° 2014-896 du 15 août 2014** (Gaz. Pal., n° 292 à 294, p. 24-26) :

Article de P. Belloir : « *La mise en liberté pour motif médical depuis la loi du 15 août 2014* ». Dans cet article, l'auteur revient sur la loi du 15 août 2014 qui permet désormais à un détenu, d'être remis en liberté pour motif médical grave, établi par expertise et ce, en vertu de l'article 147-1 du Code de procédure pénale. En effet, « *la prison [n'étant] pas un lieu de soin [...], le maintien en détention provisoire de personnes gravement malades posait problème* ». Toutefois, cette remise en liberté pour motif médical sera exclue en cas de risque grave de récidive du détenu ou d'admission de ce dernier en soins psychiatriques sans consentement.

Divers :

- **Protection maternelle et infantile (PMI) - proposition - Conseil économique, social et environnemental (CESE)** (www.lecese.fr) :

Avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) sur la protection maternelle et infantile (PMI). Le CESE constate que « *la santé de la mère et de l'enfant en France se situe à une position plutôt bonne mais moyenne en Europe* ». Il regrette des « *inégalités régionales [qui] persistent* » et estime que des « *améliorations sont encore possibles* ». Ainsi, le CESE rappelle que certains indicateurs restent préoccupants, tel le taux de mortalité maternelle qui était à 10,3 pour 100 000 naissances en 2012. Par ailleurs, des signaux inquiétants persistent selon l'avis, comme la consommation de tabac et d'alcool par les femmes enceintes. De nouveaux risques apparaissent également, tels que l'avancée en âge de la première grossesse, les addictions et le surpoids. Le CESE considère que « *l'état général de la santé de la population résulte de multiples facteurs au-delà des seuls facteurs de santé : les conditions sociales, économiques et environnementales* ». Ainsi, après avoir rappelé l'importance de la structure PMI, le CESE propose 14 préconisations articulées autour de trois axes afin d'assurer la pérennité de cette « *institution originale* » : (1) réaffirmer le caractère de service public de la PMI ; (2) valoriser les savoir-faire de la PMI en développant des coopérations notamment au

travers de partenariats avec l'assurance maladie et (3) inscrire des priorités nationales et les assortir des moyens nécessaires.

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

Publication de l'OMS : « *Directives sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant* ». Ces directives proposent des recommandations mises à jour sur l'apport de sodium afin de réduire les maladies non transmissibles chez l'adulte et l'enfant. Ces recommandations pourront être utiles aux personnes qui sont chargées d'élaborer des programmes et des politiques visant à évaluer les apports en sodium par rapport à une valeur de référence. Les directives proposent plusieurs moyens d'intervention de santé publique dont la diminution de la quantité de sodium dans les produits alimentaires industriels, l'étiquetage des produits et denrées alimentaires, la sensibilisation des consommateurs et l'application de principes diététiques. L'OMS rappelle que ces directives doivent être mises en œuvre conjointement avec les directives relatives aux autres nutriments dont le potassium. Enfin, l'OMS estime que la réduction de la consommation de sodium est une intervention de santé publique efficace et à moindre coût afin de lutter contre les maladies transmissibles.

– **Projet de loi - antidopage - Code mondial** (www.assemblee-nationale.fr) :

Projet de loi n° 2297, adopté par le Sénat, habilitant le gouvernement à prendre les mesures relevant du domaine de la loi nécessaires pour assurer dans le droit interne le respect des principes du Code mondial antidopage. Ce texte vise à mettre en conformité avec la troisième version du Code mondial antidopage qui doit prendre effet au 1er janvier 2015. Les modifications majeures sont : (1) étendre le champ des institutions susceptibles d'accorder des autorisations d'usages à des fins thérapeutiques (AUT) ; (2) permettre aux organisations nationales antidopage d'effectuer des contrôles en dehors des lieux où se déroulent les manifestations sportives internationales ; (3) étendre les possibilités de sanction à l'encontre de l'entourage des sportifs lorsqu'il apporte son concours aux pratiques de dopage ; (4) obliger les fédérations sportives à coopérer avec les autorités publiques dans le cadre d'enquêtes antidopages et (5) allonger le délai de prescription des actions disciplinaires.

– **Accès aux soins - médecin du monde (MdM) - observatoire** (www.medecinsdumonde.org) :

Rapport de Médecins du Monde : « *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France* ». Le rapport estime que « *la pauvreté concerne plus de 3 millions de personnes en France, soit 14,3 % de la population* ». De même, en 2013, les 20 centres d'accueil de soins et d'orientations (Caso) de Médecins du Monde ont reçu près de 30

000 personnes et réalisé 40 547 consultations médicales, 3 685 consultations dentaires et 14 278 consultations sociales. Le rapport constate que « *si le motif de contact avec l'association reste, pour une large part des personnes, la demande de soins (84 %), le besoin d'accompagnement social est également très présent (22 %)* ». Par ailleurs, les personnes les plus touchées sont jeunes (moyenne d'âge 33,3 ans) et majoritairement de sexe masculin (62 % d'hommes). De même, plus de 95 % des personnes reçues sont des ressortissants étrangers, principalement originaires d'Afrique subsaharienne (27,4% des patients), du Maghreb (26,5 %) et d'Union européenne (14,7 %). Enfin, plus d'un tiers (38 %) des étrangers reçus sont des primo-arrivants et 34,4 % sont concernés par une demande d'asile. Le rapport identifie les problèmes de santé rencontrés, évalue l'accès à la prévention et aux dépistages ainsi que l'accès aux droits et aux soins ce qui génère un retard de recours aux soins pour un tiers des patients. Parmi les recommandations proposées, MdM appelle de nouveau à la mise en place de solutions d'accueil et d'hébergement en nombre suffisant, adaptées à la diversité des besoins de tous les publics en situation de précarité et/ou d'exclusion, avec une priorité à l'accompagnement vers du logement pérenne. Enfin, MdM estime « *qu'il convient d'offrir à ces populations des lieux spécifiques, accessibles à tous, avec ou sans couverture maladie, leur permettant d'exprimer dans leur langue leurs souffrances* ».

– **Fédération française de cardiologie (FFC) - plan cœur - livre blanc - prévention - prise en charge - maladie cardiovasculaire** (www.fedecardio.org) :

[Livre blanc](#) de la Fédération française de cardiologie (FFC) : « *Pour un Plan cœur* ». La FFC rappelle que les maladies cardiovasculaires causent 400 morts par jour, 2,2 millions de patients en affection de longue durée, 20 millions de personnes à risque cardiovasculaire, 28 milliards d'euros de dépense annuelle. En France, il s'agit de la première cause de mortalité chez les femmes et les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de 10% des séjours hospitaliers et constituent environ 30 % des affections de longue durée prises en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie. Par ailleurs, ces pathologies sont aussi une cause importante d'invalidité et de diminution de la qualité de vie parmi la population. La FFC estime que « *l'insuffisance de coordination des acteurs de santé reste encore une problématique majeure, tant pour les patients que d'un point de vue économique pour l'ensemble du système de santé* ». Le livre blanc rappelle que l'OMS estime que le nombre de morts lié à des maladies cardiovasculaires dans le monde, estimé à 17,1 millions en 2004, pourrait atteindre 23,4 millions en 2030. Ainsi, ce livre blanc formule des recommandations articulées autour de sept chapitres relatifs aux femmes, aux maladies congénitales, aux situations d'urgence, à l'accompagnement et à la réinsertion des malades, à la recherche et à la prévention.

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

Décision n° 2014.0204/DC/SMACDAM de la HAS en date du 8 octobre 2014 définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 1: « *Accident vasculaire cérébral invalidant* ».

Décision n° 2014.0189/DC/SMACDAM de la HAS en date du 24 septembre 2014 définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 16: « *Maladie de Parkinson* ».

Décision n° 2014.0188/DC/SMACDAM de la HAS en date du 24 septembre 2014 définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 30: « *Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – lymphome de Hodgkin classique de l'adulte* ».

Décision n° 2014.0187/DC/SMACDAM de la HAS en date du 24 septembre 2014 définissant les actes et prestations pour l'ALD n° 30: « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique – cancers broncho-pulmonaires et mésothéliome pleural malin ». Par ces décisions, la HAS actualise les documents de référence actes et prestations ALD n° 1, n° 16 et n° 30 relatifs à « *l'accident vasculaire cérébral* » ; à la « *maladie de Parkinson* », au « *lymphome de Hodgkin classique de l'adulte* » ainsi qu'aux « *cancers broncho-pulmonaires et mésothéliome pleural malin* ». Après avoir rappelé que les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ces documents visent à aider à l'élaboration du protocole de soins établi pour l'admission en ALD d'un patient, ou son renouvellement. Il ne s'agit pas toutefois ni d'outils d'aide à la décision clinique, ni de résumés du guide médecin. Ces documents contiennent donc les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, selon les règles de droit commun ou des mesures dérogatoires. La HAS précise que ces documents n'ont pas de caractères limitatifs. L'ensemble des documents rappelle l'importance : de l'adaptation du protocole de soins à la situation de chaque patient ; du dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie. Enfin, ces documents s'articulent autour des avertissements, des critères médicaux d'admission et de la liste des actes et prestations.

– Haute autorité de santé (HAS) – loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 – financement – sécurité sociale (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014.0083/DC de la HAS en date du 16 avril 2014 portant adoption du « Rapport d'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ». L'objectif de ce rapport 2013 est de présenter l'état d'avancement de la mise en place des projets, les facteurs clés de succès et les freins identifiés par les porteurs des projets, les principaux enseignements et les perspectives. Ainsi, la HAS rappelle qu' « *un an et demi après le démarrage des projets, les actions mises en œuvre et opérationnelles concernent avant tout la gouvernance territoriale, la séquence repérage/évaluation des personnes fragiles, la gestion de crises et la sortie d'hospitalisation* ». Toutefois, les actions destinées à développer les Systèmes d'Information, à renforcer les soins primaires et leur

articulation avec les spécialistes et à organiser la coordination des cas complexes « sont moins développées ». La HAS identifie plusieurs freins dont le (1) temps nécessaire à la mise en place du projet, (2) la difficulté d'articulation entre la gouvernance des différents projets sur le territoire, (3) l'absence de dynamique locale de coordination préexistante, (4) l'étendue du territoire, notamment lorsque l'offre de soins de soins primaires est peu structurée, (5) les difficultés de recrutement de compétences spécifiques. La HAS énonce des recommandations afin de faire face à ces difficultés : (1) la promotion systématique de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle en soins primaires ; (2) le recours à une fonction d'appui pour soutenir, au quotidien, les démarches des professionnels au sein des regroupements pluriprofessionnels de soins primaires ; (3) la mise en place d'appuis au niveau de la région ou du territoire de santé et (4) l'organisation de retours d'information réguliers définis avec les professionnels.

– **Projet de loi santé - prévention - promotion - service de santé - risque sanitaire - accès aux soins - service public hospitalier - formation - professionnel de santé - démocratie sanitaire - assurance maladie - agence sanitaire - innovation - donnée de santé - action de groupe (www.assemblee-nationale.fr) :**

[Projet de loi](#) n°2302 relatif à la santé présenté en conseil des ministres le 15 octobre 2014 par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. [L'Etude d'impact](#) sur le projet de loi relatif à la de santé est également disponible. Le projet de loi s'articule autour de trois axes : (1) renforcer la prévention et la promotion de la santé ; (2) l'accès aux soins ; (3) l'innovation. En matière de prévention, le texte prévoit notamment la sanction en cas d'incitation d'un mineur à la consommation d'alcool (Article 4) ; l'expérimentation pendant six mois de salles de consommation de drogues à moindre risques supervisées par des professionnels de santé (Article 9) ; la possibilité pour les parents de choisir un médecin traitant pour les enfants de moins de seize ans (Article 16) et la création de l'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, issu de la fusion de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) (Article 42). En matière d'accès aux soins, le texte prévoit notamment la généralisation du tiers-payant à tous les assurés d'ici 2017 (Article 18) ; la possibilité pour les victimes de mieux se défendre à travers des actions de groupe (Article 45) et l'accès au dossier médical d'une personne décédée pour son concubin ou son partenaire pacsé (Article 46). Enfin, en matière d'innovation, le texte prévoit notamment la création de groupements hospitaliers de territoire afin de permettre aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions support (Article 27) ; l'instauration d'un service territorial de santé au public (Articles 12 à 14) et l'amélioration de l'accès aux données de santé tout en respectant la protection de la vie privée (Article 47).

– **Conférence nationale de santé (CNS) – avis – projet de loi santé** (www.santé.gouv.fr) :

Avis de la Conférence nationale de santé (CNS) sur le projet de loi santé. L'avis s'articule d'abord autour de l'idée que la loi de santé est l'une des composantes de la politique de santé (I). Ainsi, la CNS considère que le contenu du projet de loi est « assez hétérogène » composé à la fois de modifications conceptuelles et structurelles et de dispositions purement techniques. L'avis estime que « l'orientation première de la Stratégie vers la promotion de la santé et la prévention ne sera suivie d'effet que si la mobilisation autour de cet objectif dépasse très largement les limites du Ministère des affaires sociales et de la santé ». L'avis regrette l'absence de définition de la notion de santé. Ensuite, la CNS revient sur les mesures proposées qui ont été attendues dans plusieurs domaines (II) notamment en matière de gouvernance de santé, de prise en compte de la précarité et de l'action de groupe. Toutefois, l'avis déplore l'absence de réformes structurelles nécessaires (III) telles que le traitement partiel du décloisonnement entre la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial et l'accompagnement social « indispensable à une véritable approche en santé » ainsi que « l'absence de visibilité des services de santé scolaire » ou encore les insuffisances en matière de démocratie sanitaire. L'avis énonce d'autres dispositions pourtant attendues qui sont également absentes (IV) telles que le renforcement du rôle de la personne de confiance et la reconnaissance de la médiation sanitaire. Enfin, l'avis fait une analyse par article du projet de loi et formule les propositions d'amendements (V).

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Jurisprudence :

– **Soins psychiatriques sans consentement – décision – représentant de l'Etat – articles [L. 3213-1](#), [L. 3211-2-1](#), [L. 3211-11](#) du Code de la santé publique** (Civ. 1^{ère}, 15 octobre 2014, [n° 13-12220](#)) :

En l'espèce, suite à une agression qu'il avait commise sur l'un de ses voisins en 2011, l'agresseur avait fait l'objet d'un arrêté préfectoral ordonnant son hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique. Sa prise en charge s'est, par la suite, poursuivie sous des formes alternées d'hospitalisation complète et de programmes ambulatoires jusqu'à un arrêté préfectoral de 2012 ordonnant, à la demande du médecin dirigeant le service où ces soins ambulatoires étaient dispensés, sa réadmission en hospitalisation complète. En effet, conformément à l'article L. 3213-1 du Code de santé publique : « A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Pour la Cour d'appel, si le patient présentait effectivement des troubles le rendant dangereux et causant un trouble

grave à l'ordre public au moment de son admission en soins psychiatriques notamment au regard de son comportement agressif, ces incidents remontaient à plus d'un an. Selon la Cour, la « *dangerosité pour autrui du patient devait s'apprécier au moment de la décision* ». Or aucun document fourni par les médecins par la suite n'a fait état d'un comportement de « *type hétéro-agressif* », pouvant compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte de façon grave à l'ordre public conformément aux exigences légales résultant des dispositions de l'article L. 3213-1, I, alinéa 1er, du code de la santé publique. La Cour de cassation, saisie par l'Etat, casse et annule cette décision, considérant « *qu'en statuant ainsi, alors qu'une telle circonstance n'excluait pas la nécessité de faire suivre au patient un traitement sous la forme d'une hospitalisation complète, le premier président a méconnu les textes susvoisés* ».

– **Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - dommage - accident médical - handicap - frais de garde - article [L. 1142-7](#) du Code de la santé publique - article [L. 541-1](#) du Code de la sécurité sociale - article [29](#) de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985** (Civ. 1^{ère}, 18 juin 2014, [n° 12-35252](#)) :

En l'espèce, une patiente opérée le 20 juin 2005 pour une insuffisance veineuse superficielle avait présenté une algodystrophie post-opératoire avec des douleurs neuropathiques. Une expertise ayant conclu que le dommage était dû à un accident thérapeutique, l'ONIAM avait fait une offre d'indemnisation à la patiente, offre que celle-ci a refusée. La patiente s'occupait quotidiennement de ses enfants handicapés avant son hospitalisation et souhaitait que les frais qu'elle avait dû engager pour que ses enfants puissent continuer à bénéficier de l'assistance, que leur handicap rendait nécessaire, soient pris en charge par l'ONIAM. La Cour d'appel a fait droit à cette demande en condamnant l'ONIAM à verser la somme de 22950 euros au titre des frais de garde et d'assistance exposés par la patiente. L'ONIAM a donc formé un pourvoi en cassation, contestant, dans un premier temps, l'indemnisation des frais de garde, ceux-ci ne constituant pas un préjudice directement imputable à l'accident médical et, dans un second temps, le montant de cette indemnisation. Pour la Cour de cassation, les frais que la patiente a dû engager étaient bien « *la conséquence de l'accident médical sur son état de santé, de sorte qu'ils étaient directement imputables à celui-ci au sens de l'article L. 1142-1, II, du Code de la santé publique* ». L'indemnisation par l'ONIAM n'est donc pas contestable. Quant au montant de l'indemnisation, l'ONIAM considère, au regard des articles L.1142-7 du Code de la santé publique et L.541-1 du Code de la sécurité sociale, que l'allocation d'éducation d'enfant handicapé et le complément à cette allocation revêtent un caractère indemnitaire « *dès lors qu'elles ne sont pas attribuées sous condition de ressources et que, fixées en fonction des besoins individualisés de l'enfant, elles réparent certains postes de préjudices indemnifiables* ». Or l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 prévoit que l'ONIAM est tenu déduction faite des prestations énumérées à cette article et « *plus généralement des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteur du chef du même préjudice* ». La Cour de cassation fait droit à cet argument considérant que la patiente avait perçu « *pour indemniser le besoin d'assistance de ses enfants mineurs, l'allocation d'éducation d'enfant handicapé et son complément* ».

- Hépatite C - loi n° [2002-303](#) du 4 mars 2002 - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - Etablissement français du sang (EFS) (C.E., 22 octobre 2014, n° [369081](#)) :

L'assureur d'une victime de contamination par le virus de l'hépatite C imputable à l'EFS saisit la juridiction administrative afin d'obtenir le remboursement par cet établissement public, fournisseur de produits sanguins, des sommes versées à la victime suite à la contamination. L'ONIAM se substitue à l'EFS au cours de l'instance et demande au Conseil d'Etat d'annuler l'arrêt de la Cour administrative d'appel le condamnant à indemniser l'assureur et la CPAM. Pour rejeter le pourvoi, la Haute juridiction administrative considère que c'est à bon droit que les juges du fond ont condamné l'ONIAM à indemniser l'assureur subrogé dans les droits de la victime. Elle ajoute que c'est également à bon droit qu'ils ont fait application de la présomption légale issue de la loi du 4 mars 2002 pour condamner l'ONIAM à indemniser la CPAM.

- Etablissement public de santé - faute - responsabilité - accouchement - handicap - indemnisation - expertise comptable (C.E., 22 octobre 2014, n° [368904](#)) :

En l'espèce, le contentieux est relatif à l'indemnisation du préjudice liée à une faute commise par les médecins d'un centre hospitalier ayant tardé à pratiquer une césarienne. En 1992, le Tribunal administratif a, pour engager la responsabilité de l'établissement public de santé, retenu la faute des médecins qui ont tardé à agir malgré les signes de souffrance fœtale, privant ainsi l'enfant de chance de récupération. Il a été ordonné en 1994 par le juge administratif que soit effectuée une expertise et alloué une rente annuelle à l'enfant ainsi qu'une indemnisation du préjudice des parents dans l'attente de la fixation d'une indemnité définitive à l'âge de 18 ans de la victime. En 2008, le juge administratif a ordonné que soit effectuée une expertise afin d'évaluer le préjudice depuis la naissance ainsi que les sommes déjà allouées. En 2010, le Tribunal administratif constate dans son jugement une irrégularité dans le déroulement de l'expertise relative aux sommes versées. L'appel formé par le centre hospitalier à l'encontre de ce jugement a été rejeté par la Cour administrative d'appel. L'établissement public de santé saisit le Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation de cet arrêt. La Haute juridiction administrative rappelle que *« dans le cas où la faute commise lors de la prise en charge ou le traitement d'un patient dans un établissement public hospitalier a compromis ses chances d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute commise par l'établissement et qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté mais la perte de chance d'éviter la survenue de ce dommage ; que la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue »*. Pour annuler l'arrêt rendu par les juges du fond, elle considère que ces derniers ont commis une erreur de droit en estimant *« que l'autorité s'attachant au jugement du 30 décembre 1992 implique que*

l'intégralité du dommage résultant pour [la victime] du handicap dont il est atteint soit regardée comme la conséquence directe du retard apporté à la réalisation d'une césarienne et soit, par suite, prise en charge par le [centre hospitalier], et en en déduisant qu'il n'y avait pas lieu d'étendre l'expertise à la détermination de l'ampleur de la chance de récupération perdue du fait de ce retard ».

- Hépatite C - contamination - indemnisation - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - Etablissement français du sang (EFS) (C.E., 22 octobre 2014, n° [369009](#)):

En l'espèce, une société d'assurance se retourne contre l'EFS après avoir versé des indemnités à la CPAM et aux proches d'une victime d'une contamination par le virus de l'hépatite C par voie transfusionnelle. La société d'assurance, subrogée dans les droits des proches et de la CPAM, demande au juge administratif que l'établissement public de fourniture de produits sanguins soit condamné à lui reverser lesdites indemnités. Le Tribunal administratif reconnaît le caractère imputable de la contamination à l'EFS. En cours d'instance, l'ONIAM s'est substituée à l'EFS. Le Tribunal administratif ainsi que la Cour administrative d'appel ayant condamné l'ONIAM à indemniser le requérant, l'Office saisi le Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation de l'arrêt rendu en appel. La Haute juridiction administrative considère que les juges du fond, après avoir reconnu le caractère imputable de la contamination aux produits sanguins transfusés, ont « à bon droit déduit que l'ONIAM devait être condamné à indemniser la [société requérante] dans la limite des indemnités que cette société avait elle-même versées aux [proches de la victime] et à la caisse primaire ».

Doctrine :

- Contamination - transfusion - prescription - articles [L. 1142-28](#) et [L. 3111-9](#) du Code de la santé publique - virus de l'hépatite C (VHC) - Office national d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) (note sous C.E., 23 juillet 2014, n° [375829](#)) (JCP Administrations et Collectivités territoriales, n° 42, 20 octobre 2014, 2291) :

Commentaire de B. Dekeister : « Prescription quadriennale et contentieux des contaminations post-transfusionnelles par le VHC », à propos d'un arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 23 juillet 2014. Pour l'auteur, « le Conseil d'Etat œuvre, par cet arrêt, à une unification du régime de prescription quadriennale en matière de contamination ; toutefois, en privant les victimes du champ d'application de la prescription décennale prévue par l'article L. 1142-28 du Code de la santé publique, la Haute juridiction va à l'encontre de l'esprit du législateur en contribution au renforcement de la dualité de prescription en matière de préjudice corporel ».

– **Contamination - relation sexuelle sciemment non protégée - indemnisation - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)** (note sous Civ. 1^{ère}, 22 janvier 2014, n° [12-35023](#)) (Rev. Médecine & Droit, n° 128, septembre-octobre 2014, p. 116 à 119) :

Note de P. Véron : « *Contamination transfusionnelle et relations sexuelles non protégées : les limites du droit à indemnisation du transfusé au titre de la solidarité nationale* », sous un arrêt de la 1^{ère} chambre civile de la Cour de cassation en date du 22 janvier 2014.

– **Domage corporel - évaluation - critère - réparation** (Rev. Médecine & Droit, n° 128, septembre-octobre 2014, p. 124 à 128) :

Article de F. Fiechter-Boulevard *et al.* : « *De l'évaluation de l'aide humaine comme modalité de réparation du dommage corporel. Un cas d'espèce caractéristique des difficultés des pratiques médicale et juridique* ». A partir de la présentation d'un cas clinique et juridique, les auteurs montrent les difficultés d'évaluation du poste de préjudice de la tierce personne, les enjeux de son évaluation et d'éventuelles solutions. En effet, il semble qu'aujourd'hui, le médecin expert occupe une place centrale alors que l'évaluation de ce poste de préjudice dépasse largement ses seules compétences médicales.

– **Adoption - Aide médicale à la procréation (AMP) - affaire Lambert - Comité consultatif national d'éthique (CCNE) - prélèvement - organe** (Dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 252, octobre 2014) :

Au sommaire du bulletin du « *Dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies* » figurent notamment les articles suivants :

- « *AMP à l'étranger et adoption : l'avis de la Cour de cassation* » ;
- D. Vigneau : « *Affaire Lambert : la réponse du CCNE au Conseil d'Etat* » ;
- D. Vigneau : « *Prélèvement d'organes, de tissus et de cellules : adaptation aux règles sanitaires européennes* » ;
- D. Vigneau : « *Condamnation de l'AP-HP pour retard fautif du diagnostic prénatal de la maladie de Fanconi* ».

– **Interruption volontaire de grossesse (IVG) - tourisme procréatif - fin de vie** (AJ Famille, n° 10, 18 octobre 2014, p. 523) :

Article de A. Dionisi-Peyrusse : « *Actualités de la bioéthique* ». L'auteure revient sur les dernières actualités en matière de bioéthique (IVG en Espagne, texte sur la fin de vie) et en particulier sur les deux avis rendus par la Cour de cassation à propos d'une

adoption prononcée à la suite d'une PMA réalisée à l'étranger et sa portée concernant la GPA.

– **Adoption - Procréation médicalement assistée (PMA) - fraude - intérêt de l'enfant** (Notes sous avis n° [G1470006](#) et n° [J1470007](#) de la Cour de cassation) (D., 2014. 2031) :

Article de A. Dionisi-Peyrusse : « *Procréation médicalement assistée : adoption plénière par l'épouse de la mère. Avis rendu par Cour de cassation* ». L'auteure résume l'avis aux termes duquel le recours à un don de sperme à l'étranger ne fait pas obstacle au prononcé de l'adoption de l'enfant par la conjointe de la mère dès lors que l'intérêt de l'enfant est pris en compte. Elle se demande par ailleurs si cette solution peut être transposée aux enfants nés par GPA et répond, en citant le communiqué officiel, par la négative.

Article de A-M. Leroyer : « *L'enfant d'un couple de femmes* ». Pour l'auteure, tant les travaux préparatoires que la décision du Conseil constitutionnel relatifs à la loi du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe expliquent l'avis rendu par la Cour de cassation. L'auteur explique le contenu de la solution qui vise à reconnaître la validité de l'adoption de l'enfant par la conjointe de la mère et explore la portée d'un tel avis, concernant l'éventuelle ouverture de la PMA aux femmes en France.

– **Assistance médicale à la procréation (AMP) - gestation pour autrui (GPA) - étranger - insémination artificielle - donneur anonyme - adoption** (Note sous avis n° [G1470006](#) et n° [J1470007](#), Cour de cassation) (AJ Famille, n° 10, 18 octobre 2014, p.555) :

Article de F. Chénéde : « *Les enfants de la PMA ne sont pas les enfants de la GPA* », à propos de deux avis de la Cour de cassation en date du 22 septembre 2014. L'auteur explique le raisonnement mobilisé par la Cour de cassation pour écarter « la solution fondée sur la fraude à la loi » : la moindre gravité de la fraude ainsi que la volonté du législateur justifient que l'adoption de l'enfant de la conjointe puisse être prononcée après une PMA réalisée à l'étranger.

– **Santé - surveillance - milieu carcéral - utilisation - dossier médical** (www.invs.sante.fr) :

[Rapport](#) de A-E. Develay et S. Emmambux : « *Etude de faisabilité de l'utilisation des dossiers médicaux des personnes détenues à des fins de surveillance de la santé en milieu carcéral* » du 15 octobre 2014. Ce rapport vise à déterminer s'il est possible de mettre en place un système de surveillance épidémiologique en milieu carcéral à partir des dossiers médicaux des détenus. Il apparaît alors que différents obstacles entravent la

mise en place d'un tel dispositif : la dispersion des informations médicales, l'absence d'informatisation du dossier médical ou encore l'absence de standardisation des données de celui-ci. Des propositions sont alors formulées pour améliorer la connaissance de la santé des détenus en France.

– **Contamination post-transfusionnelle - contentieux - assurance privée - substitution - solidarité nationale - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - Etablissement français du sang (EFS) - Virus de l'hépatite C (VHC)** (Responsabilité civile et assurances, n° 10, octobre 2014) :

Article de B. Dekeister : « *Contentieux des contaminations post-transfusionnelles par la VHC et substitution de l'assurance privée à la solidarité nationale* ». L'auteur présente les deux régimes issus de l'article 72 de la loi du 17 décembre 2012 selon la date d'engagement de l'action juridictionnelle. L'auteur montre d'abord les points communs qui existent entre ces actions – tant du point de vue de leur nature que du point de vue de leurs conditions – pour ensuite mettre en lumière les différences.

– **Indemnisation - garantie - assurance - loi [n° 2012-1404](#) du 17 décembre 2012 - application - Etablissement français du sang (EFS) - Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)** (Note sous Civ. 1^{ère}, 18 juin 2014, n° [13-13471](#)) (Responsabilité civile et assurances, n° 10, octobre 2014) :

Article de B. Dekeister : « *Application dans le temps de la loi n°2012-1304 du 17 décembre 2012 sur la garantie des assureurs* ». La solution retenue permet à l'ONIAM, intervenant au titre de la solidarité nationale pour indemniser les personnes contaminées par le VHC à la suite de transfusions sanguines, de bénéficier des contrats d'assurance légalement souscrits par l'EFS, y compris pour les dossiers en cours. Pour l'auteur, si cette solution répond à des motifs d'intérêt général, elle aurait demandé « *une motivation plus étayée contribuant au principe d'accessibilité et d'intelligibilité de la norme* ». En effet, le principe de non-rétroactivité de la loi avait au contraire été mis en avant par les compagnies d'assurance.

– **Soin psychiatrique - consentement - modification - décret [n° 2014-897](#) du 15 août 2014 - [circulaire](#) du 18 août 2014 - loi [n° 2013-869](#) du 27 septembre 2013** (Les Tribunes de la santé, n° 44, automne 2014) :

Au sommaire de la revue *Les Tribunes de la santé* figure notamment l'article suivant :

- L. Rigal : « *Nouvelles modifications des soins psychiatriques sans consentement* ».

– **Chirurgien - responsabilité - faute - matériel - aléa thérapeutique - Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) - articles [L.1142-15](#), [L.1142-17](#) du code de la santé publique** (Note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 10 septembre 2014, n° [13-22535](#)) (Lamy Droit de la santé, n° 143, octobre 2014) :

Article de C. Lequillier : « *Quelques précisions sur les actions subrogatoires de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux* ». L'auteure revient sur l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 10 septembre 2014. La Haute juridiction a considéré que dès lors que la responsabilité du chirurgien est engagée, l'ONIAM dispose de deux actions subrogatoires contre le médecin et son assureur : l'une fondée sur l'article L.1142-15 du code de la santé publique et l'autre sur l'article L.1142-17. La Cour a également affirmé « *qu'aux termes de [l'article L. 1142-15, alinéa 5, du Code de la santé publique], en cas de silence ou de refus explicite de la part de l'assureur de faire une offre, ou lorsque le responsable des dommages n'est pas assuré, le juge, saisi dans le cadre de la subrogation, condamne, le cas échéant, l'assureur ou le responsable, à verser à l'ONIAM une somme au plus égale à 15 % de l'indemnité qu'il alloue* ». Ainsi, sur la base de cet arrêt, l'auteure nous invite à étudier l'articulation des deux actions subrogatoires dont disposait l'ONIAM.

– **Soin palliatif - euthanasie - loi n° [2005-370](#) du 22 avril 2005 - affaire Lambert** (Note sous C.E., 24 juin 2014, n° [375081](#)) (LPA, n° 208, 17 octobre 2014) :

Article de Y-M. Doublet : « *La décision du Conseil d'Etat du 24 juin 2014 sur l'arrêt des traitements de Vincent Lambert : une décision sage et raisonnée* ». L'auteur souligne la sagesse dont a fait preuve le Conseil d'Etat dans sa prise de décision. Celui-ci a, en effet, pris soin pour examiner la légalité de l'arrêt du traitement, de construire sa décision à partir de mesures d'instructions visant à évaluer l'état clinique du patient. Il a ainsi pu justifier sa décision en développant son argumentation sur quatre points : « *le caractère déraisonnable de la poursuite du traitement* », « *le respect de la procédure d'arrêt de traitement* », le « *respect de la procédure d'arrêt de traitement* » et « *la compatibilité de la loi du 22 avril 2005 avec la Convention européenne des droits de l'Homme* ».

– **Insémination - post-mortem - volonté - donneur** (LPA, n° 206, octobre 2014 p. 6) :

Article de M. Rambier : « *Insémination post-mortem : de la mise à mal à la mise à mort de l'autonomie de la volonté du donneur* ». L'auteur revient sur la question relative à la procréation post mortem et notamment sur le consentement du donneur décédé. En effet, un patient qui subit un traitement entraînant des conséquences sur sa fertilité se voit proposer par l'équipe médicale la conservation de son sperme. Toutefois, en cas d'acceptation du patient à la donation on constate que son consentement est « *mis à mal tant de son vivant, lorsqu'il conclut un contrat en vue de conservation et qu'il exprime son souhait de récupérer les paillettes, qu'après sa mort, lorsqu'il a décidé de léguer ses paillettes à sa veuve* ». L'auteur soulève ainsi que l'on est face « *à une situation complexe* ».

dans laquelle la loi prohibe l'aide à la procréation quand le père est décédé mais dans laquelle la volonté de ce dernier reste totalement ignorée ».

– **Gestation pour autrui (GPA) - étranger - reconnaissance - filiation - Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) - Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI)** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figurent notamment les articles suivants :

- C. Bergoignan Esper : « *Gestation pour autrui à l'étranger et reconnaissance de la filiation en France* » (Note sous CEDH, 26 juin 2014, aff. M. / France n° 65192/11) ;
- D. Thouvenin : « *La prise en considération devant une juridiction d'une expertise médicale demandée par une commission de conciliation et d'indemnisation* » (Note sous CA Lyon, 26 novembre 2013, n° 2/04924).

Divers :

– **Défenseur des droits - accident médical - indemnisation amiable - recommandation** (www.defenseurdesdroits.fr) :

Décision du 30 juillet 2014 du Défenseur des Droits transmise à la Ministre des affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes, formulant vingt-neuf recommandations visant à améliorer le dispositif d'indemnisation amiable des accidents médicaux. Elaborées dans la perspective du projet de loi santé, ces propositions s'articulent autour de trois axes : « *améliorer l'accompagnement du demandeur dans le processus amiable* » ; « *supprimer les disparités de traitement dans le processus amiable* » ; et « *faciliter l'aboutissement de l'indemnisation amiable des victimes* ».

– **Cour des comptes - Défenseur des droits - pôle santé - réclamation - délai - traitement - instruction** (www.ccomptes.fr) :

Rapport de la Cour des comptes : « *Le Défenseur des droits : missions et gestion* ». Ce rapport, réalisé à la demande de la commission des finances de l'Assemblée nationale, souligne la complexité de la mise en place de cette nouvelle institution qu'est la Défenseur des droits. L'accent est notamment mis sur le traitement des dossiers en matière de santé. La Cour relève que les dossiers du pôle santé « *sont traités quasi en temps réel* » et se concluent dans la majorité des cas par une médiation. Le délai moyen d'instruction des réclamations par ce pôle est de 179 jours, contre 406 jours pour le pôle déontologie de la sécurité et 516 jours pour le pôle protection sociale et solidarité. La Cour souhaite donc « *un ajustement des effectifs entre les pôles* » afin de réduire les délais de traitement.

– **Droit des malades - observatoire - 2013 - Collectif interassociatif sur la santé (CISS) - ligne Santé infos droit - soin - accès - prise en charge - emprunt - assurance - activité (www.leciss.org) :**

Rapport annuel 2013 du Collectif interrassociatif sur la santé (CISS). Dans ce rapport le CISS fait état de son activité en 2013 à travers quelques chiffres clés. Sont ainsi analysées les différentes missions du CISS telles que « *l'information des usagers et de leurs représentants* », la « *formation des représentants des usagers* », ou la réalisation d'enquêtes menées auprès du grand public.

Synthèse du rapport de annuel de la ligne Santé Infos Droit du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) : « *Observatoire du CISS sur les droits des malades* ». La ligne Santé Infos Droit constitue une plateforme associative visant à informer et à orienter les usagers confrontés à des questionnements d'ordre juridique ou social sur la santé. L'ensemble de ces interrogations et préoccupations sont ensuite recensées dans le rapport annuel du CISS. Il apparaît ainsi que cinq principales thématiques ont réunis plus de 80% des sollicitations en 2013, à savoir : les droits des usagers du système de santé ; l'accès et la prise en charge des soins ; l'accès à l'emprunt et à l'assurance ; les revenus de remplacement (arrêt de travail et invalidité) ; la santé et le droit du travail.

– **Fin de vie - euthanasie - assistance au suicide - Comité consultatif national d'éthique (CCNE) - débat public (www.ccne-ethique.fr) :**

Rapport du Comité consultatif national d'éthique sur le débat concernant la fin de vie. A travers ce document, le CCNE rend compte du débat public initié il y a plus de deux ans avec la mise en place de la Commission de réflexion sur la fin de vie en France, présidée par Didier Sicard. Le rapport revient ainsi sur un constat « *accablant* » à savoir le non-respect du droit d'accéder à des soins palliatifs pour une grande majorité des malades en fin de vie. Sont ainsi dégagés les principaux points de convergence, de divergence, ainsi que les divers questionnements qui n'avaient pas encore été formulés jusqu'à ce jour afin de pouvoir « *proposer une mise en perspective qui puisse contribuer à l'approfondissement de la réflexion* ».

– **Dossier patient - enjeux - articulation - dossier de spécialité - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (www.anap.fr) :**

Rapport de l'ANAP : « *Identifier les enjeux de l'articulation entre dossier patient commun et dossiers de spécialités* ». Ce rapport a notamment pour objectif de suggérer des préconisations afin de « *faciliter la mise en place de systèmes communicants entre les différents outils de production de soins* ». L'articulation entre le dossier patient et les

dossiers de spécialités permettrait, selon les experts, d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la qualité de travail des professionnels de santé. Le rapport a proposé, en ce sens, 9 préconisations afin de faciliter cette articulation entre les dossiers, tels que : intégrer les projets informatiques, centrés sur les patients, dans la stratégie médicale et plus globalement la stratégie d'établissement ; décrire les processus centrés sur le patient et établir une sémantique commune ou encore intégrer dans le projet les articulations avec les systèmes extra hospitaliers.

3. Personnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Formation - adaptation à l'emploi - cadre hospitalier - adjoint** (J.O. du 30 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 24 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des membres du corps des adjoints des cadres hospitaliers.

– **Docteur - médecine - extension - spécialité - décret n° [2012-637](#) du 3 mai 2012** (J.O. du 23 octobre 2014) :

[Arrêté](#) pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 16 octobre 2014, en application du décret n° 2012-637 du 3 mai 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une extension de leur droit d'exercice dans une spécialité non qualifiante et fixant la composition des commissions et la procédure d'examen des dossiers.

– **Etudiant - interne en médecine - odontologie - contrat d'engagement - service public** (J.O. du 22 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 20 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public.

[Arrêté](#) du 20 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministre des finances et des comptes publics et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

fixant au titre de l'année universitaire 2014-2015 le nombre d'étudiants en odontologie pouvant signer un contrat d'engagement de service public.

– **Convention collective nationale - négoce - prestation de service - domaine médico-technique** (J.O. du 17 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 2 octobre 2014 pris par le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale du négoce et des prestations de services dans les domaines médico-techniques (n° 1982).

[Arrêté](#) du 8 septembre 2014 pris par le ministère de l'intérieur, annulant l'arrêté du 28 juillet 2014 fixant l'ouverture du concours sur titres avec épreuve de médecin territorial de 2e classe du centre de gestion du Nord (session 2015).

– **Procédure - accréditation - médecin - équipe médicale** (J.O. du 31 octobre 2014) :

[Décision](#) n° 2014-0202/DC/MSP du 8 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales.

– **Aptitude médicale - personnel militaire - contrôle** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Instruction](#) n° 1700/DEF/DCSSA/PC/MA relative à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire.

– **Fonction publique hospitalière - loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 - établissement - directeur - intérim** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Instruction](#) n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2014/281 prise le 13 octobre 2014 par le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et relative à la mise en œuvre de la procédure d'intérim des fonctions de directeur d'un établissement mentionné à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

– **Recrutement - Parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et de l'Etat (PACTE) - direction générale** (J.O. du 18 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère de l'économie, de l'industrie et du numérique, autorisant au titre de l'année 2014 l'ouverture d'un recrutement par la voie du parcours d'accès aux carrières de la fonction publique territoriale, hospitalière et de l'Etat (PACTE) pour l'accès au corps d'adjoint de contrôle des services déconcentrés de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes.

– **Convention collective nationale - prothésiste dentaire - laboratoire - prothèse dentaire** (J.O. du 17 octobre 2014) :

[Avis](#) du le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif à l'extension d'un avenant à la convention collective nationale des prothésistes dentaires et laboratoires de prothèses dentaires.

Jurisprudence :

– **Médecin - remplaçant - remplacé - assurance - responsabilité professionnelle** (Civ. 1^{ère}, 18 juin 2014, [n° 13-13349](#)) :

En l'espèce, le 28 janvier 2011, un patient victime d'un infarctus du myocarde s'était présenté vers 22 heures aux urgences d'une clinique où il avait été pris en charge par un médecin qui assurait un remplacement. Le diagnostic n'ayant été porté que le lendemain matin, entraînant le transfert du patient dans un service spécialisé, la responsabilité du médecin remplaçant a été recherchée en raison du retard apporté aux soins à l'origine de séquelles cardiaques. Ce dernier, n'ayant pas pris de dispositions pour garantir sa responsabilité civile, a été condamné à indemniser le patient sur ses propres deniers et a donc appelé en garantie la clinique, le médecin remplacé et l'assureur du médecin remplacé. La Cour d'appel, saisie de cette affaire, a rejeté les demandes en garantie à l'encontre du médecin remplacé et de son assureur. Le médecin remplaçant a donc formé un pourvoi en cassation considérant qu' « *avant l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 instaurant une obligation d'assurance, il était d'usage chez les professionnels de santé, en cas de remplacement d'un médecin par un confrère, d'étendre la garantie d'assurance du remplacé à l'activité du remplaçant* ». Ainsi le médecin remplacé aurait « *commis une faute préjudiciable en ne prenant pas le soin d'assurer les risques consécutifs à son remplacement et en n'invitant pas son confrère à prendre les dispositions utiles pour garantir sa responsabilité civile, susceptible d'être engagée en raison de dommages causés à des tiers* ». Cependant, la Cour de cassation considère que le médecin remplaçant « *exerçant à titre libéral, il lui revenait de répondre seul des actes médicaux accomplis, sous couvert de l'assurance nécessaire à la réparation d'un éventuel dommage résultant de son exercice, sans pouvoir rechercher la garantie de la clinique ou [du médecin remplacé] et de son assureur* ».

– **Conseil de l'ordre – chirurgien-dentiste – contentieux disciplinaire – Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** (C.E., 15 octobre 2014, n° [370584](#)) :

Un chirurgien-dentiste s'est vu infliger une sanction d'interdiction du droit de donner des droits aux assurés sociaux pendant six mois par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional de l'ordre des chirurgiens-dentistes. En appel, le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, en réformant la décision de première instance, a porté cette sanction à une durée de huit mois. Le professionnel de santé en cause forme un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat afin d'obtenir l'annulation de cette sanction. Pour rejeter cette requête, la Haute juridiction administrative considère d'abord que la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre avait suffisamment motivé sa décision en mentionnant « *les numéros des dossiers de patients concernés, l'usage de moyens techniques inadaptés ou inexistants, l'absence de mise en état de la bouche des patients, ainsi que la non-conformité de cotations à la nomenclature générale des actes professionnels et les cotations abusives* ». Elle ajoute que le fait que le contrôle technique ait été effectué avant le dépôt de la plainte est « *sans influence sur la régularité de la procédure suivie devant la juridiction ordinaire* ».

– **Pharmacie – cession – fonds de commerce – clientèle – perte – réticence dolosive** (Com., 7 octobre 2014, n° [13-22392](#)) :

En l'espèce, un couple de vendeurs ayant cédé son fonds de commerce de pharmacie s'est vu assigner en responsabilité pour réticence dolosive par la société qui s'était portée acquéreur, celle-ci ayant subi dès le début de son activité la perte de la clientèle d'une maison de retraite que les cédants fournissaient depuis plusieurs années. La société allègue que le montant du chiffre d'affaires réalisé par l'officine auprès de la maison de retraite, et qui constituait un élément prépondérant dans la détermination des conditions de formation du contrat de vente, était erroné. La Cour d'appel n'a pas fait droit à cette demande. La société a donc formé un pourvoi en cassation. La Cour de cassation rejette ce pourvoi considérant « *qu'après avoir constaté qu'il est précisé dans la promesse de vente que le chiffre d'affaires réalisé avec la maison de retraite « est de l'ordre de 140 000 euros » pour les trois derniers exercices et relevé que ce chiffre s'est élevé à 150 648 euros pour la période du 1er mars 2008 au 28 février 2009, l'arrêt retient que le chiffre fourni par les vendeurs n'était pas très éloigné de la réalité [...] l'acquéreur était ainsi prévenu du caractère approximatif de l'information et [...] s'est abstenu de demander la production de données comptables plus précises ; qu'en cet état, la cour d'appel a pu retenir que la réticence dolosive invoquée n'était pas caractérisée* ».

– **Déontologie – médecin libéral – assurance maladie – convention nationale – avenant n° 8 – perte – réticence dolosive – [arrêté](#) du 29 novembre 2012 – Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) – Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) – Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** (C.E., 22 octobre 2014, n° [364384](#)) :

Un recours pour excès de pouvoir est introduit devant le Conseil d'Etat à l'encontre de l'arrêté portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. Cet avenant « prévoit que les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement « fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit ; qu'ils doivent s'engager à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la convention afin de garantir l'accès aux soins et pratiquer leurs actes aux tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ». Le Conseil d'Etat annule partiellement l'arrêté en ce qu'il approuve l'article 4 de l'avenant litigieux. Il était prévu par l'article 4 de l'avenant que pourrait être instauré un contrat d'accès aux soins « par lequel les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement prennent un engagement de modération de ces dépassements et l'assurance maladie s'engage à améliorer les bases de remboursement des actes ; que pour les médecins installés depuis moins d'un an, l'avenant prévoit que le taux de dépassement applicable ne peut excéder la moyenne pondérée par les effectifs des taux de dépassement pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne et de néphrologie, pour lesquelles le taux national est retenu ». Le Conseil d'Etat considère que la distinction opérée par l'article 4 de l'avenant ne repose « pas sur un motif e rapport direct avec l'objet de la norme qui l'établit », ce dernier étant donc entaché d'illégalité en ce qu'il « prévoit l'application d'un taux régional pour les chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, les chirurgiens infantiles et les neurochirurgiens installés depuis moins d'un an ».

– **Praticien hospitalier - établissement public de santé - indemnité - temps de travail - repos - directive [2003/88/CE](#) - Contrat à durée déterminée (CDD) (C.E., 22 octobre 2014, n° [359711](#)) :**

Un praticien hospitalier a demandé au centre hospitalier, au terme de son CDD, le versement de diverses indemnités telles que l'indemnité de précarité, une indemnité pour jours de congés non pris, perte de jour de repos hebdomadaire et d'un temps de travail additionnel. Du fait du refus de l'employeur, le praticien a saisi le juge administratif qui a donné droit à sa requête en première instance mais uniquement en ce qui concerne l'indemnité de précarité. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt rendu par la Cour administrative d'appel en ce qu'elle a rejeté les conclusions du requérant relatives à l'indemnisation de son temps de travail additionnel « fondées sur un décompte horaire tendant à démontrer un dépassement de la moyenne hebdomadaire de quarante-huit heures de travail, au motif que l'activité médicale du service dans lequel il exerçait n'était pas organisée en temps continu et que, par suite, le centre hospitalier n'avait pas à calculer en heures le service hebdomadaire ».

- Accouchement - faute - obstétricien - anesthésiste - responsabilité - blessure involontaire - homicide involontaire (Crim., 21 octobre 2014, n° [13-86057](#)) :

En l'espèce, il est fait grief à un obstétricien et à un anesthésiste d'avoir involontairement causé une incapacité totale de travail supérieure à trois mois à une patiente ayant souffert, à la suite de son accouchement, d'une hémorragie de la délivrance et présenté un coma végétatif irréversible. Les deux médecins ont ainsi été renvoyés devant le tribunal correctionnel en raison de leur « *imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, [l'obstétricien], en faisant preuve de passivité et de carence dans le suivi post-opératoire de sa patiente et en s'abstenant de prendre en charge un risque dangereux, [l'anesthésiste], en traitant de manière inadaptée et lente l'hémorragie de la délivrance* ». La patiente étant décédée par la suite, l'anesthésiste a également été renvoyé devant le tribunal correctionnel pour avoir involontairement causé la mort de sa patiente par un « *traitement inadapté de l'hémorragie post partum [...] et en refusant de transférer la patiente dans un service de réanimation où elle aurait pu bénéficier d'une prise en charge différente* ». Le tribunal a relaxé l'obstétricien et condamné l'anesthésiste pour homicide involontaire. La Cour de cassation retient que « *les premiers juges par des motifs que la cour fait siens, ont caractérisé les manquements [de l'anesthésiste] qui, non seulement, a fait usage de produits non autorisés à l'époque mais encore les a administrés en surdose [...] et a imposé, malgré l'avis contraire de son confrère, le maintien de [la patiente] dans son service en refusant de la transférer dans le service de réanimation où une prise en charge spécifique aurait pu être faite [...] Ces manquements sont la cause directe et certaine de l'atteinte à l'intégrité physique de [la patiente] qui est tombée dans un coma végétatif irréversible au cours duquel, et en raison de cet état, [elle] est décédée d'un syndrome de Mendelson* ». Concernant l'obstétricien, la Cour retient « *qu'aucun manquement aux règles de l'art et aux données connues de la science lors de l'accouchement ne peut lui être imputé, l'accouchement a été pratiqué normalement selon les processus idoines au regard de l'état de santé de la patiente et de l'enfant à naître et la délivrance a été complète dès l'accouchement [...] qu'ainsi à bon droit les premiers juges, par des motifs que la cour adopte aussi, sont-ils entrés en voie de relaxe [de l'obstétricien] de l'infraction de blessures involontaires* ».

Doctrine :

- Contentieux disciplinaire - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) - blâme - gynécologue-obstétricien - déontologie médicale - manquement - défaut d'information - consentement (C.E., 19 septembre 2014, n° [361534](#)) (D. 2014. 2053) :

Article de E. Martinez et F. Vialla : « *Dignité des malades : consentement d'une patiente à la présence d'un technicien* ». Dans cet article, les auteurs reviennent sur l'arrêt du Conseil d'Etat du 19 septembre 2014 relatif à l'obligation d'information du médecin et au respect du consentement du patient. En l'espèce, un gynécologue-obstétricien

avait fait l'objet d'un blâme, prononcé par la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des médecins confirmée en appel par le conseil national du même ordre professionnel en raison de l'insuffisance de l'information délivrée à la patiente quant aux modalités d'examen du col de l'utérus par colposcopie. La patiente avait refusé un examen dans le cadre d'un protocole de recherche qui imposait la présence d'un technicien. Le médecin lui avait alors proposé l'examen par colposcopie simple ne nécessitant pas la présence du technicien. La patiente a saisi la juridiction ordinaire du fait de la présence de ce technicien sans qu'elle ait été informée et alors même qu'elle avait demandé à ce dernier de quitter la salle d'examen. Le Conseil d'Etat considère que cette information tardive de la patiente ne peut pas être considérée comme loyale et appropriée eu égard au caractère intime de cet examen et au refus qu'elle avait opposé. La Haute juridiction administrative ajoute qu'il y a donc une absence de recueil d'un consentement éclairé de la patiente. Pour les auteurs, cet arrêt « *s'inscrit dans la construction jurisprudentielle des contours du droit à la dignité dans le contexte de l'information du patient [...] et permet de considérer que [...] l'information préalable du patient contribue au respect du corps* » à travers le respect « *de la pudeur et de l'intimité* ».

– **Médecin – rémunération – femme – avenir** (Les Tribunes de la santé, n° 44, automne 2014) :

Au sommaire de la revue *Les Tribunes de la santé* figurent notamment les articles suivants :

- M. Mesnil : « *Economie : La rémunération des médecins dans le viseur de la Cour des comptes* » ;
- V. Leblond, A. Hartemann et B. Autran : « *Les femmes médecins aujourd'hui : l'avenir de la médecine ?* ».

– **Psychothérapeute – juge administratif – psychiatre – responsabilité pénale – prise en charge – malade dangereux** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figurent notamment les articles suivants :

- S. Merenne : « *Le psychothérapeute et le juge administratif* » (Conclusions communes sous dix jugements du TA de Cergy-Pontoise du 3 mai 2014) ;
- M. Couturier : « *La responsabilité pénale du psychiatre dans la prise en charge du malade dangereux : suite...* » (Note sous CA d'Aix-en-Provence, 7^e chambre, 31 mars 2014, n° 150/2014).

Divers :

- Haute autorité de santé (HAS) - Interruption volontaire de grossesse (IVG) - protocole de coopération - infirmier (www.has-sante.fr) :

[Avis](#) n° 2014.0095/AC/SEVAM de la HAS en date du 9 juillet 2014 relatif au protocole de coopération n° 60 « Consultation infirmière d'accueil, d'information et d'orientation des femmes désirant une interruption volontaire de grossesse (secteur 1) ». Le collège n'est pas favorable à l'autorisation du protocole considérant qu'il n'entre pas dans le champ de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique. Seul un médecin peut orienter une femme qui souhaite recourir à l'IVG.

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

- Dotation régionale - financement - mission d'intérêt général (MIG) - aide à la contractualisation - articles [L. 174-1-1](#) et [L. 174-1-2](#) du Code de la sécurité sociale (J.O. du 19 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 15 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 28 mars 2014 fixant pour l'année 2014 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du Code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du Code de la sécurité sociale.

- Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) - agrément - donnée de santé - service - imagerie médicale (B.O. du 15 octobre 2014) :

[Décision](#) du 25 août 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, portant agrément de l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM) pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel dans le cadre d'un service d'imagerie médicale et de comptes rendus associés.

- Service médical d'urgence et de réanimation (SMUR) - hélicoptère - activité - héliSMUR (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Instruction](#) n° DGOS/R2/2014/274 prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le 26 septembre 2014, relative à l'activité héliSMUR :

Réglementation européenne de l'aviation civile applicable à l'activité héliSMUR – plates-formes hospitalières (hélistations et hélisurfaces).

– **Accord – avenant – secteur sanitaire – médico-social** (J.O. du 28 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif à l'extension d'avenants et d'accords conclus dans le secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif.

Jurisprudence :

– **Etablissement public de santé – Centre hospitalier universitaire (CHU) – activité – suspension – cancer – article [L. 521-1](#) du Code de justice administrative – article [L. 6122-10](#) du Code de la santé publique** (C.E., 17 octobre 2014, n° [383230](#)) :

Un centre hospitalier universitaire a décidé de fermer une de ses unités de traitement du cancer. Le Tribunal administratif a été saisi, dans le cadre d'une procédure de référé, d'une demande de suspension de la mesure. Ne reconnaissant pas le caractère de l'urgence, il refuse de donner droit à cette requête. Le Conseil d'Etat est alors saisi afin d'obtenir l'annulation de l'ordonnance de référé du Tribunal administratif ainsi que de la suspension de la décision du CHU. Deux motifs justifiaient l'urgence de la suspension de la mesure selon les requérants, à savoir l'impossibilité d'admettre de nouveaux patients au sein de l'unité et l'imminence de la fermeture de cette dernière. Cependant, le Tribunal administratif n'ayant retenu que le premier motif pour apprécier le caractère de l'urgence, il s'est « *mépris sur la portée des écritures présentées devant lui* », ce qui justifie selon le Conseil d'Etat, l'annulation de l'ordonnance de référé. Dès lors, la Haute juridiction administrative statue sur la demande de suspension de la mesure litigieuse et considère « *qu'aucun des moyens invoqué à l'appui de la demande de suspension n'est propre, en l'état de l'instruction, à créer un doute sérieux sur la légalité de la décision contestée* ». Dès lors, une des conditions de l'article L. 521-1 du Code de justice administrative relatif à la procédure de référé-suspension n'étant pas remplie, la requête est rejetée.

– **Etablissement public de santé – hospitalisation – défaut – prise en charge – Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)** (C.A.A. Douai, 29 avril 2014, n° [13DA00780](#)) :

En l'espèce, les requérants demandent, à titre d'ayants droit, à être indemnisés des préjudices résultant de l'absence de prise en charge de la fracture du coude lors de l'hospitalisation d'un de leurs proches au sein d'un centre hospitalier. L'expertise ne

révèle aucune faute commise lors de la prise en charge, la patiente ayant été prioritairement prise en charge pour une hémorragie intracrânienne et son coude ayant été immobilisé. La patiente a ensuite été admise au service de chirurgie orthopédique, sa fracture initialement fermée s'étant ouverte du fait de sa très grande agitation. Les juges du fond considèrent, pour écarter la responsabilité de l'établissement, que si le praticien orthopédique « *s'est borné, alors, à dessiner sur le plâtre de [la patiente] une fenêtre de vision qui aurait permis de prendre en charge ultérieurement une éventuelle infection cutanée et n'a prescrit aucune antibiothérapie, ces circonstances ne sont pas constitutives, en elles-mêmes et au moment précis de cette intervention, des fautes de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier* ». Ils ajoutent également que cette responsabilité ne pourrait pas davantage être engagée pour des faits postérieurs, au vu du transfert de la patiente le lendemain vers un centre hospitalier universitaire à la demande expresse de l'un de ses proches. La requête est rejetée et la Cour administrative d'appel met l'ONIAM hors de cause.

Doctrine :

– **Projet de loi santé - service public hospitalier - redéfinition** (AJDA, n° 35, 20 octobre 2014, p. 1972) :

Article de D. Poupeau : « *Vers une redéfinition du service public hospitalier* ». Le 15 octobre, Marisol Touraine a présenté en conseil des ministres son projet de loi relatif à la santé. L'auteur revient ici sur la « *refonte du service public hospitalier (sph)* » qu'engendrerait l'adoption de ce texte. Deux dispositions sont alors mises en avant : d'une part ce projet de loi entend « *favoriser la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui se substitueront aux actuelles communautés hospitalières* » ; et d'autre part il est souhaité la création d'un « *service territorial de santé au public (STSP)* », dont l'objectif sera de faciliter « *la structuration de l'offre de santé* ».

– **Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale - composition - intérêt à agir - filiation - recours - délai** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figure notamment l'article suivant :

- A. Vinsonneau : « *Synthèse des décisions de la Cour nationale de la tarification sanitaire et sociale rendues de 2007 à 2013 (1ere partie)* ».

Divers :

– Haute autorité de santé (HAS) - guide méthodologique - établissement de santé - articles [L. 6133-7](#), [L. 6321-1](#) et [L. 6147-7](#) du Code de la santé publique (www.has-sante.fr) :

[Décision](#) n° 2014.0207/DC/SCES du 15 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du Guide méthodologique à destination des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1 et L. 6147-7 du Code de la santé publique (V2014) .

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Formation - adaptation à l'emploi - assistant - médico-administratif - secrétariat médical** (J.O. du 30 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 24 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des assistants médico-administratifs de la branche secrétariat médical relevant de la fonction publique hospitalière.

– **Institut national des jeunes sourds - création - comité technique - établissement public - [arrêté](#) du 12 juillet 2011** (J.O. du 24 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 20 octobre 2014, pris par la ministre des affaires sociale, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 12 juillet 2011 relatif à la création des comités techniques d'établissements publics des instituts nationaux des jeunes sourds.

– **Etablissement médico-social - habilitation - inscription - évaluation - articles [L. 312-1](#), [L. 312-8](#), [D. 312-197](#), [D. 312-201](#) du Code de l'action sociale et des familles - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)** (B.O. du 15 octobre 2014) :

[Décision](#) du 4 septembre 2014 de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) portant habilitation et inscription pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L. 312-8, D. 312-197 et D. 312-201 du Code de l'action sociale et des familles.

- Contribution - expérimentation - financement - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) - Agence régionale de santé (ARS) - Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGS/SD3A/CNSA/2014/285 du 11 septembre 2014, prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et la directrice de la CNSA, relative à la répartition de la contribution de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé pour le financement de l'expérimentation PAERPA (actions de formation d'intervenants de SAAD).

Jurisprudence :

- Établissements et services médico-sociaux - personne handicapée - personne âgée - campagne budgétaire - circulaire du 5 avril 2012 (C.E., 15 octobre 2014, n° [362767](#)) :

En l'espèce, les requérants demandaient au Conseil d'Etat : d'annuler la circulaire du 5 avril 2012 du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale relatives aux orientations de l'exercice 2012 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, ainsi que les décisions implicites de rejet résultant du silence gardé par la ministre des affaires sociales et de la santé et par la ministre de l'économie et des finances. Aussi, ils demandaient au Conseil d'Etat : d'annuler la circulaire du 15 mars 2013 du ministre de l'économie et des finances, du ministres des affaires sociales et de la santé et du directeur de la caisse nationale pour la solidarité pour l'autonomie, relative aux orientations de l'exercice 2013 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées ainsi que les décisions implicite de rejet résultant du silence gardé par ces personnes. Dans cette décision, le Conseil d'Etat annule l'avant-dernier alinéa du paragraphe 1.1.1 et le septième alinéa du paragraphe 3.3 de la circulaire du 5 avril 2012 relatifs au changement d'option tarifaire et le cinquième alinéa du paragraphe 1.2 de la circulaire du 15 mars 2013 relatif au changement d'option tarifaire, ainsi que les décisions de rejet des recours gracieux formés à leur encontre.

Doctrine :

– **Accueil – personne âgée – liberté – sécurité – Etablissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** (Rev. Médecine & Droit, n° 128, septembre-octobre 2014, p. 109 à 114) :

Article de F. Vialla : « *Accueil des personnes âgées en EHPAD : entre liberté et sécurité. Ambivalence mais non ambiguïté du discours juridique* ». L’auteur revient sur la question de l’équilibre entre deux droits concurrents que sont le droit de voir sa sécurité garantie et la liberté d’aller et venir, ces droits posant problème aux divers acteurs prenant les personnes âgées en charge. En effet, un établissement accueillant des personnes âgées est tenu de respecter ces obligations, toutefois, l’obligation de sécurité ne pourra être considérée comme une obligation de résultat dans la mesure où elle serait « *inconciliable avec le respect de la liberté d’aller et venir [...] posée parallèlement* ». L’auteur soulève ainsi que « *les professionnels doivent veiller à préserver la liberté d’aller et venir, tout en garantissant la sécurité du résident* ».

– **Victime – handicap – prestation compensatoire – indemnisation – régime juridique** (Gaz. Pal., n° 285 à 287, octobre 2014) :

Au sommaire de la Gazette du Palais figurent les actes du colloque du 10 juin 2014 « *Victime et handicap* » avec les articles suivants :

- F. Bidal : « *Réparation et compensation : pour mettre fin aux confusions* » ;
- L. Aouar : « *Le régime juridique de la prestation de compensation du handicap* » ;
- F. Bidal : « *Analyse du tableau comparatif réparation/compensation* » ;
- F. Werner : « *Déduction de la prestation de compensation du handicap : la position du Fonds de garantie* » ;
- N. Touati : « *La prestation de compensation du handicap et la question de son cumul avec les indemnités réparant le préjudice de la victime handicapée* » ;
- F. Lambolez : « *Regards sur la décision n°350799 du Conseil d’Etat du 23 septembre 2013, CHU de Saint-Etienne* » ;
- P. Hingray : « *Déduction de la prestation de compensation du handicap. La position des assureurs* » ;
- C. Bernfeld : « *Les problèmes pratiques engendrés par la nouvelle jurisprudence sur la prestation de compensation du handicap* » ;
- P. Brun : « *Nature de la prestation compensatoire : quand un débat peut en cacher un autre. Synthèse et conclusion* ».

– **Egalité femme-homme – loi [n° 2014-873](#) du 4 août 2014 – médico-social** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figure notamment l’article suivant :

- D. Roman : « *Les aspects médico-sociaux de la loi du 4 août 2014 pour l’égalité réelle entre les femmes et les hommes* ».

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

Législation :

Législation européenne :

– **Allégation santé - réduction - risque - maladie - enfant** (J.O.U.E. des 28 et 30 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1154/2014 de la Commission du 29 octobre 2014 concernant le refus d'autoriser certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires, autres que celles faisant référence à la réduction du risque de maladie ainsi qu'au développement et à la santé des enfants.

Règlement (UE) n° 1135/2014 de la Commission du 24 octobre 2014 relatif à l'autorisation d'une allégation de santé portant sur les denrées alimentaires et faisant référence à la réduction d'un risque de maladie.

– **Abat - manipulation - animal - consommation humaine** (J.O.U.E. du 28 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1137/2014 de la Commission du 27 octobre 2014 modifiant l'annexe III du règlement (CE) n° 853/2004 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne la manipulation de certains abats provenant d'animaux destinés à la consommation humaine.

– **Substance - limite - présence - produit - règlement** (UE) n° [396/2005](#) (J.O.U.E. du 24 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1126/2014 de la Commission en date du 17 octobre 2014 modifiant les annexes II, III et V du règlement (CE) n° 396/2005 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les limites maximales applicables aux résidus d'*asulame*, de *cyanamide*, de *dicloran*, de *flumioxazine*, de *flupyrsulfuron-méthyl*, de *picolinafène* et de *propisochlore* présents dans ou sur certains produits.

Règlement (UE) n° 1127/2014 de la Commission en date du 20 octobre 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 d'*amitrole*, de *dinocap*, de *fipronil*, de *flufénacet*, de *pendiméthaline*, de *propyzamide* et de *pyridate* présents dans ou sur certains produits.

– **Santé alimentaire - contrôle - viande - parasite - règlement (CE) n° 2075/2005** (J.O.U.E. du 22 octobre 2014) :

Règlement d'exécution (UE) n° 1114/2014 de la Commission du 21 octobre 2014 modifiant le règlement (CE) n° 2075/2005 fixant les règles spécifiques applicables aux contrôles officiels concernant la présence de *Trichinella* dans les viandes.

– **Substance - arôme - règlement (CE) n° 1334/2008** (J.O.U.E. du 18 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1098/2014 de la Commission du 17 octobre 2014 modifiant l'annexe I du règlement (CE) n° 1334/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne certaines substances aromatisantes.

– **Colorant - denrée alimentaire - fromage - règlement (CE) n° 1333/2008** (J.O.U.E. du 17 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1093/2014 de la Commission du 16 octobre 2014 modifiant et rectifiant l'annexe II du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne l'utilisation de certains colorants dans les fromages affinés aromatisés.

– **Edulcorant - pâte à tartiner - fruit - légume** (J.O.U.E. du 17 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1092/2014 de la Commission du 16 octobre 2014 modifiant l'annexe II du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne l'utilisation d'édulcorants dans certaines pâtes à tartiner à base de fruits ou de légumes.

– **Diphosphate - correcteur - acidité - pâte levée préparée - règlement (CE) n° 1333/2008** (J.O.U.E. du 16 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1084/2014 de la Commission du 15 octobre 2014 modifiant l'annexe II du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne l'utilisation de diphosphates (E 450) comme poudre à lever et correcteur d'acidité dans les pâtes levées préparées.

Législation interne :

– **Appareil de bronzage - contrôle - traçabilité - accréditation** (J.O. du 29 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 20 octobre 2014 relatif à la traçabilité des appareils de bronzage et fixant les modalités du contrôle de ces appareils et les conditions d'accréditation des organismes chargés du contrôle.

– **Appareil de bronzage - utilisateur - information - avertissement** (J.O. du 29 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 20 octobre 2014 relatif à l'information et aux avertissements destinés aux exploitants et aux utilisateurs d'appareils de bronzage.

– **Appareil - lecture automatique - glycémie - cétonémie - prestation remboursable - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 25 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 16 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'inscription de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie et à la radiation de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie au chapitre 1^{er} du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Liste - article [L. 6147-7](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 25 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 13 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de la défense, modifiant l'arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - prestation d'hospitalisation - article [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 22 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 18 octobre 2014 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.

– **Accord professionnel - convention collective nationale - répartition pharmaceutique** (J.O. du 17 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 10 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget, portant extension de l'avenant de révision à l'accord professionnel de prévoyance du 8 mars 1994 de la convention collective nationale de la répartition pharmaceutique conclu le 5 mars 2014.

– **Médicament - stupéfiant - prescription - réduction - [arrêté](#) du 20 septembre 1999** (J.O. du 17 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 13 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 20 septembre 1999 modifié fixant la liste des médicaments classés comme stupéfiants dont la durée maximale de prescription est réduite à quatorze jours ou à sept jours.

– **Médicament - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. des 17, 21, 22 et 29 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 13 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

Arrêtés [n° 25](#) et [n° 26](#) du 16 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

[Arrêté](#) du 17 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

Arrêtés [n° 32](#) et [n° 33](#) du 21 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - assuré social - remboursement** (J.O. des 16, 21 et 28 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 9 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Arrêtés [n° 21](#) et [n° 23](#) du 16 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des

femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Arrêtés [n° 11](#), [n° 13](#) et [n° 14](#) du 22 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Spécialité pharmaceutique - usage des collectivités - service public** (J.O. des 16, 21 et 28 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 9 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

Arrêtés [n° 22](#) et [n° 24](#) du 16 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

Arrêtés [n° 12](#), [n° 15](#), [n° 16](#) et [n° 17](#) du 22 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Médicament - visa - demande - calendrier - publicité** (J.O. du 31 octobre 2014) :

[Décision](#) du 20 octobre 2014 du Directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, fixant le calendrier et les périodes de dépôt pour l'année 2015, la forme et le contenu des demandes de visa des publicités pour les médicaments à usage humain.

– **Tarif forfaitaire - responsabilité - groupe générique - médicament - décision** du 29 août 2014 (J.O. du 24 octobre 2014) :

[Décision](#) du 21 octobre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant la décision du 29 août 2014 modifiant le montant des tarifs forfaitaires de responsabilité pour des groupes génériques.

– **Spécialité pharmaceutique - assuré social - remboursement** (J.O. du 17 octobre 2014) :

[Décision](#) du 9 octobre 2014 prise par le Comité économique des produits de santé, fixant les prix de spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

[Décision](#) du 9 octobre 2014 prise par le Comité économique des produits de santé, fixant les prix de spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Haute autorité de santé (HAS) - absence - impact significatif - médicament - dépense - assurance maladie** (B.O. du 15 octobre 2014) :

[Décision](#) n 2014-0168 DC/SEESP du 3 septembre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé constatant l'absence d'impact significatif du produit MENINGITEC® sur les dépenses de l'assurance maladie.

– **Agrément sanitaire - commerce de détail - obligation - dérogation** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Instruction technique](#) de la direction générale de l'alimentation, en date du 10 octobre 2014, relative à la dérogation à l'obligation d'agrément sanitaire pour les commerces de détail.

– **Spécialité pharmaceutique - autorisation - importation parallèle** (J.O. du 30 octobre 2014) :

Avis [n° 127](#) et [n° 128](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'octroi d'autorisations d'importation parallèle de spécialités pharmaceutiques.

– **Spécialité pharmaceutique - autorisation de mise sur le marché (AMM) - refus - octroi** (J.O. du 30 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif au refus d'autorisation de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'octroi d'autorisation de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

– **Pharmacopée française - projet - monographie** (J.O. du 30 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'instruction de projets de monographies de la Pharmacopée française, 11e édition (notes techniques Pro Pharmacopoea).

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-5](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 30 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

– **Appareil - lecture automatique - glycémie - cétonémie - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 25 octobre 2014) :

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif au tarif et au prix limite de vente au public en euros TTC de l'appareil pour lecture automatique chiffrée de la glycémie et de la cétonémie visé à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - article [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. des 22 et 28 octobre 2014) :

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

– **Implant endovasculaire - liste - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 21 octobre 2014) :

[Avis](#) de projet de fixation des tarifs et des prix limites de vente de l'implant endovasculaire inscrit au paragraphe 4, sous-section 2, section 1, chapitre 1er, titre III, de la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. des 16, 17, 21, 23, 24, 28 et 30 octobre 2014) :

[Avis](#) modificatif du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes relatif aux prix des spécialités pharmaceutiques.

Avis [n° 84](#) et [n° 86](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

Avis [n° 100](#), [n° 104](#) et [n° 105](#) relatif aux prix d'une spécialité pharmaceutique.

Avis [n° 90](#), [n° 91](#), [n° 92](#), [n° 93](#) et [n° 94](#) relatif aux prix d'une spécialité pharmaceutique.

[Avis](#) relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Spécialité pharmaceutique - assuré - taux de participation - Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. des 16, 21 et 28 octobre 2014) :

[Avis](#) relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation des taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques.

[Avis](#) relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation du taux de participation de l'assuré applicable à des spécialités pharmaceutiques.

[Avis](#) 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 :

– **Distilbène (DES) - grossesse - exposition - in utero - préjudice moral - société pharmaceutique - responsabilité** (Civ. 1^{ère}, 2 juillet 2014, [n 10-19206](#)) :

La fille d'une femme traitée par distilbène recherche la responsabilité des laboratoires qui commercialisaient le produit. La Cour d'appel a rejeté sa demande, estimant que qu'elle n'avait pas démontré l'existence d'un préjudice « *en liaison directe avec [son] exposition in utero [à la molécule]* », qu'en outre, les experts « *déniaient fermement le moindre rapport entre les difficultés professionnelles de [la demanderesse] au moment de l'expertise et cette exposition, et soulignaient l'absence de manifestation de véritable désir*

d'enfant liée tant à [son] investissement professionnel qu'à son angoisse favorisée par un contexte familial ». La Cour de cassation a en partie annulé l'arrêt d'appel. En effet, si elle a validé son interprétation s'agissant de l'absence de lien de causalité, en revanche, la Haute juridiction reconnaît l'existence d'un préjudice moral résultant de l'anxiété qu'elle a subie tout au long de sa vie et imputable à son exposition in utero au distilbène.

– **Hygiène - denrée alimentaire - origine animale - règlement (CE) n° 853/2004 - Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)** (CJUE, 16 octobre 2014, aff. [C-453/13](#)) :

Se posait la question de savoir s'il était possible de qualifier de « *viande désossée mécaniquement* » les viandes obtenues après désossage alors que le procédé utilisé détruit ou modifie la structure fibreuse des muscles même si elle n'altère pas leur structure osseuse. Selon la Cour de justice, un tel produit doit être qualifié de « *préparations de viandes* ».

Doctrine :

– **Médicament - vente - internet - unité - matelas défectueux** (Dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 252, octobre 2014) :

Au sommaire du bulletin du « *dictionnaire permanent de santé, bioéthique et biotechnologies* » figurent notamment les articles suivants :

- J. Peigné : « *Vente de médicaments à l'unité : l'expérimentation est lancée* » ;
- J. Peigné : « *Condamnation d'un site internet de vente de médicaments* » ;
- J. Peigné : « *Quid du recours d'un hôpital contre le fournisseur d'un matelas défectueux ?* ».

– **Distilbène (DES) - grossesse - exposition - in utero - préjudice moral - société pharmaceutique - responsabilité** (Note sous Cass. Civ. 1^{ère}, 2 juillet 2014, [n° 10-19206](#)) (Responsabilité civile et assurances, n° 10, octobre 2014) :

Article de Sophie Hocquet-Berg : « *Exposition in utero au Distilbène* ». En l'espèce, la mère de la demanderesse s'était vue prescrire du Distilbène au cours de la grossesse, elle a recherché la responsabilité d'un laboratoire pharmaceutique, qui commercialisait le produit, invoquant divers préjudices qu'elle imputait à son exposition in utero au diéthylstilboestrol. Dans un arrêt en date du 2 juillet 2014, la première chambre civile de la Cour de cassation censure la décision des juges du fond aux motifs que « *Qu'en statuant ainsi, quand elle avait constaté que [la demanderesse] avait vécu, depuis son plus jeune âge, dans une atmosphère de crainte, d'abord diffuse, car tenant à l'anxiété de sa mère, médecin, qui connaissait les risques imputés à l'exposition de sa*

filles in utero au Distilbène, puis par les contrôles gynécologiques majorés, exigés et pratiqués lors des événements médicaux survenus, en raison de son exposition au DES, faisant ainsi ressortir que [la demanderesse] avait subi, fût-ce dans le passé, un préjudice moral certain et en lien avec cette exposition, qu'elle se devait de réparer, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences de ses constatations au regard du texte et du principe susvisé ». L'auteur précise que la Cour de cassation découvre dans cette décision un préjudice d'anxiété autonome, permettant ainsi de contourner la difficulté relative à la preuve de la causalité. Selon l'auteur, la Cour de cassation manifeste sa volonté de ne pas admettre l'existence d'une présomption de causalité. L'auteur, considère que ce principe d'anxiété est un instrument qui permet d'indemniser partiellement un dommage dont la réalisation est probable mais incertaine.

– **Industrie du médicament - fragilisation - production - investissement - produit pharmaceutique - biotechnologie** (www.leem.org) :

Etude de A. D. Little : « *Observatoire sur les investissements productifs pharmaceutiques et biotechnologiques en France* ».

Etude de R. Berger : « *Comment relancer la production pharmaceutique en France ?* ».

Deux études réalisées à la demande du syndicat patronal de l'industrie pharmaceutique, dressent le constat, d'un recul des investissements productifs et d'une concurrence européenne. Ces études préconisent de prendre des mesures d'urgence pour maintenir et renouveler la production française. Tout d'abord, pour préserver les volumes de production des médicaments traditionnels et les emplois, il conviendrait ainsi de favoriser l'investissement et la localisation en France par l'outil fiscal, par la valorisation de la production locale dans la fixation du prix ou encore par la reconnaissance d'un « Label Europe ». Enfin, dans le but de stimuler l'investissement dans les productions d'avenir, il conviendrait d'améliorer les conditions d'accès au marché, par une réduction des délais d'obtention des autorisations de mise sur le marché, des évaluations du service rendu et de la fixation des prix.

– **Médicament - soin - coût - Food and drug administration (FDA) - accès - usage** (Health Affairs, n° 10, octobre 2014, vol. 33) :

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

- B.R. Hirsch, S. Balu, K.A. Schulman : « *The impact of specialty pharmaceuticals as drivers of health care costs* » ;
- A.M. Lotvin, W.H. Shrank et coll. : « *Specialty medications : traditional and novel tools can address rising spending on these costly drugs* » ;
- J.C. Robinson, S. Howell : « *Specialty pharmaceuticals : policy initiatives to improve assessment, pricing, prescription and use* » ;
- A.S. Kesselheim, J.J. Darrow et coll. : « *Existing FDA Pathways have potential to ensure early access to, and appropriate use of, specialty drugs* ».

Divers :

– **Charte - démarchage - prospection - promotion - médicament - Comité économique des produits de santé (CEPS) - Les entreprises du médicament (Leem)** (www.leem.org) :

Charte de l'information promotionnelle signée par Les Entreprises du médicament (Leem) et le Comité économique des produits de santé (CEPS) le 15 octobre 2014 : « *Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments* ». Cette Charte vise à fixer « *en tout lieu, les conditions de l'information sur les spécialités pharmaceutiques par démarchage ou la prospection visant à la promotion* ». C'est désormais l'activité et non plus le métier qui est pris en compte, les entreprises doivent donc identifier tous les salariés assurant une mission d'information par démarchage ou prospection. Les missions afférentes à cette activité ont été définies ainsi que les supports utilisés. La Charte vient renforcer la formation de ces salariés et surtout créer un observatoire national de l'information promotionnelle devant débiter dès 2014.

– **Comité économique des produits de santé (CEPS) - activité - fonctionnement - produit de santé - vente - remboursement - Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) - prix - tarif** (www.sante.gouv.fr) :

Rapport d'activité 2013 du Comité économique des produits de santé (CEPS). Le CEPS a remis son rapport d'activité pour l'année 2013 décrivant ses principales activités. A l'occasion des vingt ans de la politique conventionnelle entre l'Etat et les entreprises du médicament, et également les vingt ans du CEPS, un bilan des travaux menés sur cette période a été dressé. Le rapport se déroule avec une première partie consacrée à la description du marché puis de l'évolution des dépenses de produits de santé. Une deuxième partie relative aux mesures de régulation des dépenses de produits de santé et des sanctions. Une troisième partie montre les statistiques d'activité du comité avec : les dossiers traités et les délais de traitement de ces dossiers.

– **Prescription - médicament - personne âgée - point clé - note méthodologique - synthèse documentaire** (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014.0181/DC/SMACDAM du 17 septembre 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé portant adoption de la fiche points clés et solutions, organisation des parcours « Améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions des médicaments chez la personne âgée » et de sa « note méthodologique et de synthèse documentaire ».

– **Mouvement des entreprises de France (MEDEF) - Observatoire de responsabilité sociétale des entreprises (ORSE) - Responsabilité sociétale des entreprises (RSE) - secteur du médicament (www.medef.com) :**

[Guide](#) réalisé par le MEDEF et l'ORSE portant sur la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), à savoir la contribution des entreprises aux enjeux de développement durable. Au regard de la multiplication des actions sectorielles en faveur de la RSE, le MEDEF et l'ORSE ont décidé de publier ce premier guide afin de présenter les actions menées dans 12 secteurs d'activités parmi lesquels figurent celui de la santé et du médicament.

– **Médicament - Médiateur - responsabilité - Etat - carence fautive - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :**

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figure notamment l'article suivant :

- J. Peigné : « *Affaire Médiateur : l'Etat jugé responsable de la carence fautive de l'AFSSAPS* » (Note sous TA Paris, 3 juillet 2014, Mme A., n° 1312345/6).

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– **Produit biocide - marché - disposition - Agence européenne des produits chimiques - rectificatif (J.O.U.E. du 30 octobre 2014) :**

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1155/2014 de la Commission du 29 octobre 2014 rectifiant la version en langue suédoise du règlement d'exécution (UE) n° 564/2013 de la Commission relatif aux redevances et aux droits dus à l'Agence européenne des produits chimiques en application du règlement (UE) n° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides.

– **Produit phytopharmaceutique - procédure - mesure transitoire (J.O.U.E. du 28 octobre 2014) :**

[Règlement](#) (UE) n° 1136/2014 de la Commission du 24 octobre 2014 modifiant le règlement (UE) n° 283/2013 en ce qui concerne les mesures transitoires s'appliquant aux procédures relatives aux produits phytopharmaceutiques.

- **Substance active - produit biocide** (J.O.U.E. du 17 octobre 2014) :

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1091/2014 de la Commission du 16 octobre 2014 approuvant le tralopyril en tant que nouvelle substance active destinée à être utilisée dans les produits biocides des types de produits 21.

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1090/2014 de la Commission du 16 octobre 2014 approuvant la perméthrine en tant que substance active existante destinée à être utilisée dans les produits biocides des types de produits 8 et 18.

Législation interne :

- **Médecine de prévention - comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) - décret** n° 82-453 du 28 mai 1982 (J.O. du 29 octobre 2014) :

[Décret](#) n° 2014-1255 du 27 octobre 2014 relatif à l'amélioration du fonctionnement des services de médecine de prévention et des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans la fonction publique de l'Etat.

[Arrêté](#) du 27 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, en application de l'article 75-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

- **Amiante - établissement - fabrication - Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)** (J.O. du 16 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 8 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le secrétaire d'Etat chargé du budget, modifiant et complétant la liste des établissements de fabrication, flocage et calorifugeage à l'amiante susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

- **Amiante - Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) - établissement - construction navale** (J.O. des 16 et 22 octobre 2014) :

[Arrêté](#) du 8 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le secrétaire d'Etat chargé du budget, modifiant et complétant la liste des établissements et des métiers de la construction et de la réparation navales susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

[Arrêté](#) du 9 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le secrétaire d'Etat chargé du budget, modifiant la liste des établissements et des métiers de la construction et de la réparation navales susceptibles d'ouvrir droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Jurisprudence :

– **Arrêt de travail - examen médical - fonction publique - décret [n° 2011-619](#) du 30 mai 2011 - décret [n° 82-453](#) du 28 mai 1982 - loi [n° 90-568](#) du 2 juillet 1990** (Soc., 30 septembre 2014, [n° 13-19092](#)) :

En l'espèce, il est reproché à la société La Poste de ne pas avoir organisé d'examen médical à l'issue des arrêts maladie d'une salariée. Cette dernière, engagée en qualité de médecin de prévention par La Poste le 13 novembre 2000, avait été mise en arrêt maladie à de nombreuses reprises de 2002 à 2011 et placée en invalidité de deuxième catégorie le 18 octobre 2009. N'ayant fait l'objet d'aucun examen médical à l'issue de ses arrêts, elle a saisi la juridiction prud'homale d'une demande de résiliation judiciaire du contrat de travail et de demandes subséquentes. La salariée considérait que son employeur avait manqué à ses obligations en matière de visite médicale en ne lui faisant pas « *bénéficier d'un examen pour vérifier son aptitude à son poste de travail* ». La Cour d'appel a débouté la salariée considérant que jusqu'à l'entrée en vigueur du décret du 30 mai 2011, le ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement préconisait le maintien de l'application du décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène, à la sécurité et à la prévention médicale dans la fonction publique qui ne prévoit pas d'examen médical à l'issue d'un arrêt de travail. La Cour de cassation casse et annule cet arrêt considérant que « *l'article 31.3 de la loi du 2 juillet 1990 prévoyait l'application à l'ensemble du personnel de La Poste des dispositions des titres II et IV du livre II du code du travail, sous réserve de mesures d'adaptation réglementaires, et que la situation des agents contractuels de droit privé engagés en vertu de cette loi ne nécessitait aucune mesure d'adaptation particulière en matière d'examens médicaux.* » Ainsi « *ces agents ne pouvaient relever de dispositions réglementaires régissant les seuls fonctionnaires par le seul effet de « préconisations » ministérielles* ».

– **Environnement - santé humaine - protection - traitement des déchets - directive [1999/31/CE](#) - directive [2008/98/CE](#) - Cour de justice de l'union européenne (CJUE)** (CJUE, 15 octobre 2014, [aff. C-323/13](#)) :

La Commission européenne reproche à la République Italienne d'avoir manqué à certaines obligations en matière de traitement des déchets au titre de la directive 1999/31/CE du Conseil du 26 avril 1999 concernant la mise en décharge des déchets et de la directive 2008/98/CE du Parlement européen et du conseil du 19 novembre 2008 relative aux déchets et abrogeant certaines directives. La CJUE condamne l'Italie pour manquement aux obligations découlant des dispositions de ces directives en ce qu'elle n'a pas « *pris toutes les mesures nécessaires pour éviter qu'une partie des déchets municipaux mis dans les décharges [de Rome et de Latina] ne soit pas soumise à un traitement comprenant une sélection adéquate des diverses fractions des déchets et la stabilisation de leur fraction organique* » et en ce qu'elle n'a « *pas établi, dans la région du Latium, de réseau intégré et adéquat d'installations de gestion des déchets, en tenant compte des meilleures techniques disponibles* ».

– **Etat de santé - salarié - discrimination - licenciement - indemnité - convention collective** (Soc., 8 octobre 2014, [n° 13-11789](#)) :

En l'espèce, une salariée engagée en 1965 par une mutualité sociale agricole a été licenciée le 21 novembre 2005 pour cause d'inaptitude physique médicalement constatée suite à une maladie. Ne pouvant bénéficier d'une indemnité conventionnelle de licenciement conformément aux dispositions de l'article 36 de la convention collective de travail de la mutualité sociale agricole dans sa rédaction du 22 décembre 1999 qui prévoient l'exclusion de l'indemnité conventionnelle de licenciement en cas d'inaptitude physique consécutive à une maladie ou à un accident de la vie privée, la salariée a saisi la juridiction prud'homale invoquant une discrimination à son égard. La Cour d'appel a fait droit à cette demande en condamnant l'employeur à payer à la salariée une somme à titre de complément d'indemnité conventionnelle de licenciement. La société a donc formé un pourvoi en cassation qui a été rejeté car pour la Cour de cassation, « *en l'absence d'élément objectif et pertinent la justifiant, est nulle en raison de son caractère discriminatoire fondé sur l'état de santé du salarié, la disposition d'une convention collective excluant les salariés licenciés pour cause d'inaptitude consécutive à une maladie ou à un accident non professionnel du bénéfice de l'indemnité de licenciement qu'elle institue* ».

– **Maladie professionnelle - dépression - anxiété - employeur - faute inexcusable - harcèlement moral** (Civ. 2^{ème}, 19 juin 2014, [n° 13-18323](#)) :

En l'espèce, la salariée d'une société placée en arrêt maladie à partir du 4 février 2002, a adressé le 30 novembre 2006 à la caisse primaire d'assurance maladie une déclaration de maladie professionnelle pour une dépression majeure avec anxiété due aux actes de harcèlement d'un supérieur hiérarchique. La Caisse ayant pris en charge cette maladie au titre de la législation professionnelle, la salariée a saisi une

juridiction de sécurité sociale afin de voir reconnaître la faute inexcusable de l'employeur qui aurait dû avoir conscience du danger encouru et prendre les mesures nécessaires. La Cour d'appel a rejeté la demande de la salariée considérant d'une part que « *c'est près d'un an après son arrêt maladie et alors qu'elle n'a plus jamais repris le travail qu'elle a évoqué pour la première fois les actes de harcèlement dont elle s'estimait victime à son harceleur* », et d'autre part, qu'elle n'a pas dénoncé ces actes aux administrateurs de la société ou aux responsables de groupe, de sorte que l'employeur ne pouvait avoir conscience du danger encouru. La Cour de cassation casse et annule la décision de la cour d'appel en ce qu'elle déboute la salariée de sa demande de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur considérant, d'une part, que le harceleur était « *sinon le représentant de l'employeur lui-même, du moins substitué à l'employeur dans sa direction sur le site, d'autre part, que l'arrêt irrévocable du 12 mai 2006 de la cour d'appel de Colmar avait retenu que ce dernier avait soumis la salariée à un harcèlement moral alors qu'il était son supérieur hiérarchique. [Ainsi] la cour d'appel, qui a omis de rechercher si l'employeur n'aurait pas dû avoir conscience du danger encouru par la victime et, le cas échéant, s'il avait pris les mesures nécessaires pour l'en préserver, a privé sa décision de base légale* ».

– **Maladie professionnelle - sapeur-pompier - amiante - responsabilité - Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)** (C.A.A. Douai, 29 avril 2014, n° [13DA00130](#)) :

Le FIVA ayant versé des indemnités aux ayants droit d'un sapeur-pompier décédé des suites de son exposition aux poussières d'amiante, demande au juge administratif de condamner la communauté urbaine employeur de la victime à rembourser les sommes versées. Les juges du fonds reconnaissent le caractère professionnel de la maladie en ce que le sapeur-pompier était intervenu de nombreuses fois sur des incendies dans des bâtiments industriels et navires en construction l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante. La Cour administrative d'appel annule le jugement du Tribunal administratif ayant rejeté la requête du FIVA et enjoint la communauté urbaine à verser à ce dernier 106 000 euros.

– **Maladie professionnelle - cure thermique - congé de longue maladie - congé de longue durée - imputabilité - Centre communal d'action sociale (CCAS)** (C.E., 23 octobre 2014, n° 36741) :

Le directeur d'un CCAS et d'une maison de retraite, suite à deux agressions, a bénéficié de plusieurs congés maladie. Par deux arrêtés, le président du CCAS a reconnu l'imputabilité au service de ces accidents. Par la suite, le requérant a été détaché auprès d'un établissement public de santé et a ensuite été mis en congé de longue durée puis de maladie. Par deux nouveaux arrêtés, le président du CCAS a refusé de reconnaître l'imputabilité des troubles ayant donné à ces deux derniers congés aux deux agressions. L'agent demande au juge administratif d'annuler ces deux derniers arrêtés et que soit prise en charge sa cure thermique. Le Conseil d'Etat

confirme la solution retenue en première instance, à savoir que les congés maladie de longue maladie et de longue durée avaient un lien direct et certain avec lesdits accidents de service. Le fait que le Tribunal n'ait pas recherché « *si son état dépressif provenait d'une rechute ou d'une aggravation à la suite des conséquences de ces accidents* » ne constitue pas une erreur de droit selon la Haute juridiction administrative. De plus, deux rapports d'expertise psychiatrique établissaient que ces congés avaient un lien direct et certain avec les accidents de service, de sorte que le Tribunal administratif a suffisamment motivé son jugement.

– **Agent contractuel – licenciement – inaptitude physique – agent contractuel – médecin du travail – examen de reprise – articles [R. 4624-21](#), [R. 4624-22](#), [R. 4624-31](#) du Code du travail** (C.A.A. Nancy, 7 mai 2014, [n° 13NC01302](#)) :

En l'espèce, un agent contractuel des services hospitaliers qui exerçait les fonctions de gardien dans un centre social s'est vu licencié pour inaptitude physique par le directeur de l'établissement le 15 février 2011. Quelques mois plus tôt, l'agent avait saisi le comité médical départemental d'une demande tendant à se voir accorder un congé pour maladie grave. Le 14 décembre 2010, le comité donne, d'une part, un avis défavorable à cette demande et le place en congé maladie ordinaire jusqu'au 8 février 2011 et, d'autre part, le reconnaît inapte à l'exercice de ses fonctions et donne un « *avis favorable à son reclassement professionnel sur un poste administratif, sans marche ou station debout prolongée ou répétée* ». L'agent fut donc licencié sur la base de cet avis. Saisissant le Tribunal administratif d'une demande tendant à l'annulation de cette décision, sa demande fut rejetée. La Cour administrative d'appel, saisie de cette affaire, annule la décision du tribunal administratif ainsi que celle du directeur au regard des articles R.4624-21, R.4624-22, R.4624-31 du Code du travail. En effet, il résulte de ces dispositions « *qu'il appartient au médecin du travail de se prononcer sur l'aptitude médicale d'un agent d'un établissement de santé, social ou médico-social à reprendre ou non ses fonctions, ainsi que le cas échéant sur les modalités de son reclassement dans l'établissement ; qu'en s'abstenant de consulter le médecin du travail avant d'édicter la décision de licenciement pour inaptitude physique contestée, le directeur du centre social a privé [l'agent] d'une garantie et a ainsi entaché sa décision d'illégalité* ».

– **Accident – arrêt de travail – contrat de travail – rupture conventionnelle – articles [L. 1226-9](#), [L. 1237-11](#) du Code du travail** (Soc., 30 septembre 2014, [n° 13-16297](#)) :

En l'espèce, la salariée victime d'un accident de travail le 27 janvier 2009 fut placée en arrêt de travail jusqu'au 8 février 2009. A la fin de cet arrêt, elle réintégra son poste sans visite de reprise. Quelques mois plus tard, le 7 juillet 2009, les cocontractants choisirent de conclure une rupture conventionnelle homologuée par l'inspecteur du travail le 10 août 2009. Cependant, la salariée souhaite annuler la rupture conventionnelle conformément aux dispositions de l'article L.1226-9 du Code du travail qui prévoient qu'au « *cours des périodes de suspension du contrat de travail, l'employeur ne peut rompre ce dernier que s'il justifie soit d'une faute grave de l'intéressé,*

soit de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à l'accident ou à la maladie ». Suivant la position de la Cour d'appel, la Cour de cassation rappelle que « sauf en cas de fraude ou de vice de consentement, non invoqués en l'espèce, une rupture conventionnelle peut être valablement conclue en application de l'article L.1237-11 du Code du travail au cours de la période de suspension consécutive à un accident de travail ou une maladie professionnelle ».

– **Congé - longue maladie - cure thermale - prise en charge** (CE., 23 octobre 2014, n° 367431) :

Le directeur d'un centre communal d'action sociale qui a subi deux agressions en 2005 et a bénéficié de plusieurs congés de maladie s'est vu reconnaître, par arrêté du président du centre, l'imputabilité au service de ces agressions. La victime a ensuite fait l'objet d'un détachement auprès d'un autre établissement de santé jusqu'en 2007, date à laquelle elle a été mise en congé de longue maladie puis de longue durée. Le président du centre a alors refusé, par arrêté, de lui reconnaître tant l'imputabilité des agressions au service, que la prise en charge de la cure thermale prescrite. Le tribunal administratif saisi de cette affaire a fait droit à la demande de la victime d'annuler ces arrêtés. Le président a alors formé un pourvoi devant le Conseil d'Etat. La Haute juridiction administrative a considéré que : « la mise en congé de longue maladie puis de longue durée [...] avait un lien direct et certain avec les accidents de service dont [le directeur] avait été victime [et que] le tribunal administratif a suffisamment motivé son jugement ».

Doctrine :

– **Salariée enceinte - licenciement - annulation - certificat médical - articles L.1225-5, L. 1225-71, L. 1235-3 du Code du travail** (Note sous Soc., 2 juillet 2014, n° [13-12496](#)) (Gaz. Pal., n° 275, 2 octobre 2014, p.5) :

Article de S. Béna : « Précisions sur la portée de la protection accordée à une salariée enceinte contre une mesure de licenciement ». L'auteur revient sur l'arrêt rendu par la Cour de cassation le 2 juillet 2014 relatif au licenciement d'une salariée enceinte. En l'espèce, par courrier en date du 15 octobre 2009, la salariée, requérante, avait été licenciée par son employeur avec dispense d'exécuter son préavis. Par lettre en date du 30 octobre 2009, elle avait adressé à son employeur un certificat médical du même jour attestant de son état de grossesse afin de faire annuler son licenciement. En effet, conformément à l'article L. 1225-5 du Code du travail : « Le licenciement d'une salariée est annulé lorsque, dans un délai de quinze jours à compter de sa notification, l'intéressée envoie à son employeur, dans des conditions déterminées par voie réglementaire, un certificat médical justifiant qu'elle est enceinte ». L'employeur ayant refusé cette annulation, la salariée a saisi la juridiction prud'homale afin de faire annuler son licenciement. La Cour d'appel saisie de cette affaire a rejeté la demande de la salariée considérant que

« la rupture du contrat de travail, qui s'apprécie au jour de l'envoi de la lettre de licenciement, est intervenue le 15 octobre 2009 et que le certificat médical établi par le médecin traitant de la salariée indique qu'à la date du 30 octobre 2009, sa grossesse a débuté depuis 10 à 15 jours environ, soit dans le cas le plus favorable à la salariée, le 16 octobre 2009, et non le 15 du même mois comme allégué par l'intéressée ». La Cour de cassation casse, en l'espèce, la décision de la Cour d'appel considérant « qu'en statuant ainsi, après avoir constaté que la salariée justifiait avoir avisé son employeur de son état de grossesse dans le délai légal, la cour d'appel, en ajoutant à la loi une condition qu'elle ne prévoit pas, a violé le texte susvisé ». Pour l'auteur, l'ambiguïté de l'article L. 1225-5 du Code du travail, levée au bénéfice du salarié « confine, par la rigueur de ses effets, à l'injustice pour l'employeur ». En effet, l'interprétation donnée par la Cour de cassation est lourde de conséquences puisqu'en application de l'article L. 1225-71 du Code du travail, l'employeur doit verser à la salariée les salaires qu'elle aurait perçus pendant la période couverte par la nullité et des dommages-intérêts en application de l'article L. 1235-3 du Code du travail.

- Maladie professionnelle - accident de travail - sinistralité - fréquence - gravité (JCP Social, n° 43, 21 octobre 2014, p.1404) :

Article de C-F. Pradel, P. Pradel-Boureux et V. Pradel : « Appréhender la sinistralité au travail : les indicateurs de fréquence et de gravité doivent évoluer ». Cette étude se propose d'analyser l'efficacité des indicateurs de fréquence et de gravité des accidents du travail et maladies professionnelles. L'accent est ainsi mis sur les limites de ces indicateurs qui ne prennent pas en compte les maladies professionnelles et qui se centrent, pour le calcul de la gravité, sur la perte de production et non sur le sinistre. Les auteurs en tirent donc les conséquences pour proposer de nouvelles méthodes de calcul.

- Surpoids - salarié - handicap - santé - contentieux (JCP Social, n° 43, 21 octobre 2014, p.1403) :

Article de A. Fiorentino : « Le surpoids du salarié en droit français et américain ». L'auteur se propose dans cet article de présenter la position du droit français et américain concernant la protection accordée aux salariés souffrant d'obésité. Le droit français présente une double approche du surpoids, à la fois esthétique et pathologique. Ainsi, le Code du travail présente trois motifs de discrimination, susceptibles d'entraîner la nullité d'une sanction ou d'un licenciement : l'apparence physique, la santé et le handicap. Cependant, le droit français est réticent à reconnaître l'obésité comme une maladie ou un handicap. A l'inverse, l'approche américaine assimile l'obésité à un handicap conduisant à une reconnaissance progressive du statut de travail handicapé pour les personnes souffrant d'obésité.

- Mortalité - maladie cardiovasculaire - homme - catégorie sociale - secteur d'activité - Institut de veille sanitaire (INVS) (www.invs.sante.fr) :

[Rapport](#) de E. Diène, A. Fouquet, B. Geoffroy-Perrez et S. Julliard pour l'Institut de veille sanitaire (INVS) : « *Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité* ». Ce rapport étudie pour la première fois en France, sur une longue période et sur un échantillon représentatif de la population salariée française, la mortalité cardiovasculaire selon les secteurs d'activité. Il met ainsi en lumière les différents secteurs d'activités présentant des taux élevés de mortalité cardiovasculaire à savoir le secteur de l'industrie extractive, de la construction, et de l'immobilier. Ces secteurs ont en commun « *des facteurs de risque physiques (bruit nocif, travail posté ou horaires atypiques, nuisances thermiques) dont l'influence sur la mortalité cardiovasculaire a été établie* ». Cette analyse présente néanmoins une limite inhérente à la nature des données utilisées car aucune information n'est donnée quant aux autres facteurs de risque cardiovasculaire (consommation de tabac, sédentarité, etc).

– **Accident – arrêt de travail – contrat de travail – rupture conventionnelle – articles [L. 1226-9](#), [L. 1237-11](#) du Code du travail** (Note sous Soc., 30 septembre 2014, [n° 13-16297](#)) (Gaz. Pal., n° 295 à 296, 22-23 octobre 2014) :

Article de S. Mayoux : « *La législation protectrice en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle doit-elle céder sous la contrainte de l'accord des parties ?* ». L'auteur revient dans cet article sur l'arrêt de la Cour de cassation du 30 septembre 2014 relatif à la rupture conventionnelle de contrat au cours de la période de suspension consécutive à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. La Cour de cassation avait alors rappelé que « *sauf en cas de fraude ou de vice de consentement, non invoqués en l'espèce, une rupture conventionnelle peut être valablement conclue en application de l'article L. 1237-11 du Code du travail au cours de la période de suspension consécutive à un accident de travail ou une maladie professionnelle* ». Pour l'auteur « *les circonstances de la rupture et la brièveté de la réponse donnée par la Cour de cassation ont de quoi surprendre* ». En effet, il apparaît à la lecture de la décision que la Cour de cassation n'a tiré aucune conséquence de l'absence de visite de reprise au retour de la salariée dans l'entreprise. Néanmoins, elle a pris soin de mentionner que « *les vices de consentement n'avaient pas été « invoqués en l'espèce »* », ce qui laisse penser que les circonstances de la rupture conventionnelle auraient peut être changées dans ce cas. Pour l'auteur, il faudra donc attendre d'autres décisions de la Cour de cassation pour connaître la portée qu'elle entend réellement donner à l'accord mutuel des parties.

– **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** (Note sous C.E., 19 juin 2014, n° [381061](#)) (AJDA, n° 36, 27 octobre 2014, p.2078) :

Article de O. Le Bot : « *Le juge des référés au secours d'un agent victime de harcèlement moral* ». L'auteur revient, dans cet article, sur l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat le 19 juin 2014 et qui érige le droit du fonctionnaire de ne pas faire l'objet de harcèlement

moral au travail 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. L'auteur revient ainsi sur le fondement purement législatif de cette nouvelle liberté fondamentale qu'est le droit pour l'agent de ne pas être soumis à un harcèlement moral et souligne « *l'efficacité du référé-liberté pour faire cesser un harcèlement moral* ».

– **Tentative de suicide - accident de service - présomption d'imputabilité - fonction publique** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de droit sanitaire et social* figure notamment l'article suivant :

- L. Lerouge : « *Tentative de suicide et accidents de service : un assouplissement de la jurisprudence* » (Note sous CE, 16 juillet 2014, Mme A., n° 361820).

Divers :

– **Direction générale de la santé (DGOS) - santé publique - environnement - eau - robinet - qualité** (www.sante.gouv.fr) :

[Rapport](#) de la Direction générale de la santé (DGOS) : « *La qualité de l'eau du robinet en France. Données 2012* ». Selon ce rapport, l'eau du robinet distribuée en France est globalement de bonne qualité. Ainsi, en 2012, 96,7 % de la population a été alimentée par une eau de bonne qualité et 99,1 % par de l'eau respectant la limite de qualité pour les nitrates. Cependant, le rapport note une augmentation de la part de la population exposée à une eau non conforme en termes de concentration en pesticides en passant de 2,7 % en 2011 à 4,5 % en 2012.

– **Préjudice - anxiété - amiante - travailleur - Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)** (note sous Soc. 2 juillet 2014, [n° 12-29788](#)) (JCP social, n° 44, 28 octobre 2014, 1415) :

Note de D. Asquinazi-Bailleux : « *Moment de constitution du préjudice d'anxiété des travailleurs de l'amiante* ». L'auteur revient sur l'arrêt de la Cour de cassation du 2 juillet 2014 dans lequel la Cour a confirmé sa jurisprudence, selon laquelle elle considère que « *le préjudice d'anxiété n'a pas à être prouvé* », dans la mesure où l'exposition d'un salarié à l'amiante résulte nécessairement du « *bénéfice de l'ACAATA* ». L'auteur soulève également la question relative à la date de naissance de la créance de réparation du préjudice d'anxiété. Ainsi, « *la mise en liquidation de l'entreprise judiciaire de l'entreprise conduit l'AGC à garantir la créance fixée au passif au titre du préjudice d'anxiété. Il n'en sera ainsi qu'autant que le préjudice d'anxiété est établi et été constitué antérieurement à l'ouverture de la procédure collective* ».

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

- **Alimentation animale - additif - agrément** (J.O.U.E. du 30 octobre 2014) :

Règlement d'exécution (UE) n° 1157/2014 de la du 29 octobre 2014 rectifiant la version slovène du règlement (CE) n° 141/2007 de la Commission concernant une exigence relative à l'agrément conformément au règlement (CE) n° 183/2005 du Parlement européen et du Conseil des établissements du secteur de l'alimentation animale qui fabriquent ou mettent sur le marché des additifs pour l'alimentation animale de la catégorie « coccidiostatiques et histomonostatiques ».

- **Denrée animale - origine végétale - résidu - acide sulfurique** (J.O.U.E. du 29 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1146/2014 de la Commission du 23 octobre 2014 modifiant les annexes II, III, IV et V du règlement (CE) n° 396/2005 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les limites maximales applicables aux résidus d'antraquinone, de benfluraline, de bentazone, de bromoxynil, de chlorothalonil, de famoxadone, d'imazamox, de bromure de méthyle, de propanil et d'acide sulfurique présents dans ou sur certains produits.

- **Contrôle - éradication - encéphalopathie - transmission - animal** (J.O.U.E. du 29 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1148/2014 de la Commission du 28 octobre 2014 modifiant les annexes II, VII, VIII, IX et X du règlement (CE) n° 999/2001 du Parlement européen et du Conseil fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies spongiformes transmissibles.

- **Alimentation animale - objectif nutritionnel - directive [2008/38/CE](#) - modification** (J.O.U.E. du 23 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1123/2014 de la Commission en date du 22 octobre 2014 modifiant la directive 2008/38/CE établissant une liste des destinations des aliments pour animaux visant des objectifs nutritionnels particuliers.

- **Alimentation animale - additif - préparation** (J.O.U.E. du 22 octobre 2014) :

Règlement d'exécution (UE) n° 1115/2014 de la Commission en date du 21 octobre 2014 concernant l'autorisation d'une préparation de fumonisine estérase produite par *Komagataella pastoris* (DSM 26643) en tant qu'additif pour l'alimentation des porcs.

- **Préparation - substance - additif - alimentation animale - dindon - bovin - règlement** (CE) n° [1288/2004](#) et n° [1811/2005](#) (J.O.U.E. du 21 octobre 2014) :

Règlement d'exécution (UE) n° 1108/2014 de la Commission du 20 octobre 2014 concernant l'autorisation d'une préparation de *Clostridium butyricum* (FERM BP-2789) en tant qu'additif dans l'alimentation des dindons d'engraissement et des dindons élevés pour la reproduction.

Règlement d'exécution (UE) n° 1109/2014 de la Commission du 20 octobre 2014 relatif à l'autorisation de la préparation de *Saccharomyces cerevisiae* CBS 493.94 en tant qu'additif destiné à l'alimentation des bovins à l'engraissement, des espèces mineures de ruminants à l'engraissement, des vaches laitières et des espèces mineures de ruminants laitiers et modifiant les règlements (CE) n° 1288/2004 et (CE) n° 1811/2005.

- **Substance - pesticide - résidu - limite - denrée alimentaire - alimentation animale - règlement** (CE) n° [396/2005](#) (J.O.U.E. du 18 octobre 2014) :

Règlement (UE) n° 1096/2014 de la Commission du 15 octobre 2014 modifiant les annexes II, III et V du règlement (CE) n° 396/2005 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les limites maximales applicables aux résidus de carbaryl, de procymidone et de profenofos présents dans ou sur certains produits.

- **Additif alimentaire - truie - autorisation - préparation** (J.O.U.E. du 16 octobre 2014) :

Règlement d'exécution (UE) n° 1083/2014 de la Commission du 15 octobre 2014 concernant l'autorisation d'une préparation d'*Enterococcus faecium* DSM 7134 (Bonvital) en tant qu'additif pour l'alimentation des truies.

- **Police sanitaire - certificat vétérinaire - importation - porc domestique - viande** (J.O.U.E. du 31 octobre 2014) :

Décision d'exécution de la Commission du 29 octobre 2014 modifiant l'annexe III de la décision 2007/777/CE en ce qui concerne les conditions de police sanitaire applicables à *Trichinella* dans le modèle de certificat vétérinaire pour les

importations dans l'Union de certains produits à base de viande obtenus à partir de porcins domestiques.

– **Santé animale - encéphalopathie spongiforme bovine - décision [2007/453/CE](#)** (J.O.U.E. du 22 octobre 2014) :

Décision d'exécution C(2014) 7516 de la Commission en date du 20 octobre 2014 modifiant la décision 2007/453/CE en ce qui concerne le statut au regard de l'encéphalopathie spongiforme bovine de la Bulgarie, de l'Estonie, de la Croatie, de la Lettonie, du Luxembourg, de la Hongrie, de Malte, du Portugal et de la Slovaquie.

Législation interne :

– **Concours - école nationale - vétérinaire - [arrêté](#) du 25 juillet 2014** (J.O. du 17 octobre 2014) :

Arrêté du 6 octobre 2014 pris par le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, modifiant l'arrêté du 25 juillet 2014 relatif au concours commun d'accès dans les écoles nationales vétérinaires.

– **Médicament vétérinaire - autorisation - importation parallèle** (J.O. du 30 octobre 2014) :

Avis du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'octroi d'autorisation d'importation parallèle de médicaments vétérinaires.

– **Médicament vétérinaire - autorisation de mise sur le marché (AMM) - suspension** (J.O. du 30 octobre 2014) :

Avis du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à une suspension d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

Jurisprudence :

– **Alimentation animale - protéine animale - bovin - graisse animale** (C.E., 20 octobre 2014, n° [361686](#)) :

Un importateur et distributeur de farines de poisson recherche la responsabilité de l'Etat français pour en avoir interdit préventivement la commercialisation, « suite de la survenue de cas d'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) sur des bovins nés après

l'interdiction de l'emploi de farines carnées dans l'alimentation de ces animaux faisant craindre l'hypothèse d'une contamination croisée accidentelle ou frauduleuse ». L'entreprise reprochait notamment à l'Etat français d'avoir maintenu leur interdiction totale de commercialisation alors que des mesures moins contraignantes avaient été édictées par les autorités sanitaires européennes. Le Conseil d'Etat a accueilli leurs arguments. Selon lui, « *les autorités nationales étaient tenues de mettre fin, dès l'entrée en vigueur des mesures européennes, à celles des mesures conservatoires qu'elles avaient prises qui n'étaient pas compatibles avec elles* ». Il en résulte que la responsabilité de l'Etat est engagée.

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

– **Ressource - assurance maladie - santé des armées - activité déclarée** (B.O. du 15 octobre 2014) :

Arrêté du 20 août 2014, pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre des finances des comptes publics, fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juin 2014.

Jurisprudence :

– **Prise en charge - traitement - orthodontie - article [L. 162-1-7](#) du Code de la sécurité sociale - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** (Civ. 2^{ème}, 9 octobre 2014, [n° 13-23110](#)) :

En l'espèce, une femme, victime d'une fracture mandibulaire, a sollicité en juin 2011, la prise en charge d'un traitement d'orthodontie. Celle-ci a été refusée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en raison du dépassement de l'âge limite prévu par le règlement en orthodontie dento-faciale. La patiente a donc saisi la juridiction de sécurité sociale. La Cour d'appel a fait droit à cette demande considérant, d'une part que « *la caisse qui n'a pas répondu dans le délai de quinze jours suivant la réception de la demande d'entente préalable est réputée avoir donné son accord, d'autre part, qu'il ne s'agissait pas d'un traitement orthodontique classique [...] mais de soins de type orthodontique destinés à remédier au défaut d'occlusion de la bouche à la suite de la fracture* ». La Cour de cassation casse et annule cette décision, au regard des articles L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 27 mars 1972 (modifié),

considérant « *qu'il ne résultait pas de ses constatations que le traitement litigieux, non inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels, avait fait l'objet d'une demande d'accord préalable pour une prise en charge par assimilation à un acte de même importance figurant à la nomenclature* ».

– **Assurance maladie - prestation en nature - remboursement - tiers payant - condition d'ouverture - articles [L. 161-33](#), [R. 161-40](#), [R. 161-45](#) du Code de la sécurité sociale** (Civ. 2^{ème}, 19 juin 2014, [n° 13-20624](#)) :

En l'espèce, à la suite d'un contrôle, la caisse primaire d'assurance maladie a refusé de prendre en charge les prestations servies par une société à des assurés sociaux dans le cadre d'une dispense d'avance de frais en raison d'irrégularités relevées dans la facturation de certains actes. Il résulte, en effet, de la combinaison des articles L.161-33, R. 161-40, R. 161-45 du Code de la sécurité sociale et de l'arrêté interministériel du 9 septembre 1998 que « *l'ouverture du droit au remboursement par les organismes servant les prestations de l'assurance maladie est subordonnée, pour les assurés dont la loi a limité ou supprimé la participation financière, à la production d'une ordonnance conforme à un modèle fixé par arrêté interministériel, dûment complétée par le prescripteur et comportant des mentions identifiables ; que cette exigence s'impose au fournisseur en cas d'application du tiers payant* ». Aussi, la caisse justifiait le refus de prise en charge par le fait que la société lui avait communiqué des demandes de remboursement présentant des irrégularités au cours des années 2010-2011. La société a donc saisi d'un recours la juridiction de sécurité sociale. La Cour d'appel, pour accueillir le recours de la société et condamner la caisse à rembourser l'intégralité des prestations fournies retient « *qu'il n'apparaît [...] pas, en l'état, que les irrégularités purement formelles relevées par la caisse dans les demandes de remboursement qui lui ont été transmises par la société au cours des années 2010-2011 procèdent de pratiques professionnelles contraires aux intérêts des patients et/ou de l'organisme social* ». La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel considérant « *qu'en statuant ainsi, alors, d'une part, qu'il résultait de ses propres constatations que certaines des prestations litigieuses étaient irrégulières, d'autre part, qu'il appartenait à la société d'établir, pour l'ensemble des remboursements sollicités, la réalité des prestations correspondantes et leur éligibilité au paiement, la cour d'appel a violé les textes susvisés* ».

– **Feuille de soins électronique - abus - position dominante - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) - article [L. 420-2](#) du Code de commerce** (www.autoritedelaconcurrence.fr) :

[Décision](#) n° 14-D-12 du 10 octobre 2014 relative à des pratiques mises en œuvre dans le secteur de la fourniture de données de santé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et le GIE SESAM-Vitale. En l'espèce, la caisse nationale d'assurance maladie a refusé l'accès, d'une société, à des données issues de feuilles de soins électroniques. La société a saisi l'Autorité de la concurrence pour abus de position dominante contraire à l'article L. 420-2 du Code de commerce. Toutefois, cette pratique étant un acte administratif, elle n'entre pas dans le champ de

compétence de l’Autorité de la concurrence. Par conséquent, il y a lieu « *de faire application de l’article L. 462-8 du Code de commerce et de déclarer la saisine irrecevable* ».

Doctrine :

– **Protection sociale complémentaire - garantie de prévoyance - couverture complémentaire santé** (JCP social, n° 44, 28 octobre 2014, p.1413) :

Article de B. Coursier : « *Protection sociale complémentaire : trop c’est trop !* ». Dans un contexte de modifications législatives et de multiplication des textes règlementaires, il paraît difficile pour les entreprises d’appréhender les dispositifs qui s’imposent à elles en matière de protection sociale. L’auteur tente donc dans un premier temps « *d’expliquer les conséquences de cette instabilité juridique pour les entreprises* » pour, dans un deuxième temps, « *attirer l’attention sur les actions à entreprendre pour adapter [...] les régimes de protection sociale complémentaire aux nouvelles contraintes règlementaires* ».

– **Couverture - frais de santé - garantie minimale - affiliation** (JCP social, n° 44, 28 octobre 2014, 1414) :

Etude de J. Kovac : « *Généralisation de la couverture « frais de santé » : garanties minimales et dispenses d’affiliation* ». L’auteure revient sur le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 qui définit le contenu du « *panier minimum de soins* ». S’agissant des salariés, ces derniers bénéficieront du remboursement, par leur entreprise, de certaines dépenses de santé, au titre du « *panier minimal de soins* ». Ainsi, les salariés pourront être remboursés notamment du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier, des soins dentaires ou encore des soins optiques. L’auteure soulève, en outre, « *qu’aux termes de l’article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale, l’employeur est tenu d’assurer au moins la moitié du financement de la couverture minimale* ». Toutefois, si les textes ne prévoient aucune sanction à l’encontre de l’employeur, le salarié pourra chercher à faire condamner son employeur à lui verser des dommages-intérêts.

– **Assurance maladie - protection sociale - complémentaire santé - couverture de soin - système de soin - prestation** (RDSS, n° 5, septembre-octobre 2014) :

Au sommaire de la *Revue de Droit sanitaire et social* figurent notamment les articles suivants :

- D. Tabuteau : « *Le « New deal » des assurances maladie obligatoire et complémentaires* » ;
- B. Dormont : « *La couverture des soins par les assurances-maladies obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ?* » ;
- C. Franc : « *Le partage de la couverture maladie obligatoire et assurances complémentaires : les défauts d’un système mixte* » ;

- A-S Ginon : « *La déconnexion juridique des paniers de soins* » ;
- V. Bonnin : « *L'évolution des prestations en nature de l'assurance maladie : pour quelques euros de plus ou de moins...* » ;
- J. Damon : « *La protection sociale dans le monde : état des lieux et évolutions* » ;
- F. Kessler : « *La notion de « contrat en cours » en droit de la prévoyance : le chaos jurisprudentiel* ».

Divers :

- **Avis - projet de loi n° 2252 de financement de la sécurité sociale (PLFSS) - 2015** (www.assemblee-nationale.fr) :

Avis [n° 2298](#) présenté par le député D. Lefebvre au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Divisé en trois parties, cet avis présente dans un premier temps la trajectoire financière du système de protection sociale, son cadrage historique et ses mises en perspectives, pour dans un deuxième temps s'attacher aux recettes et à l'équilibre général et dans un troisième temps proposer des solutions visant à maîtriser les dépenses en préservant un niveau élevé de protection sociale.

- **Article [L. 162-1-7](#) du Code de la sécurité sociale - Liste des actes et prestations (LAP) - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Avis n° [2014.0097/AC/SEAP](#), n° [2014.0098/AC/SEAP](#) et n° [2014.0099/AC/SEAP](#) du 17 septembre 2014 et avis n° [2014.0100/AC/SEAP](#) du 8 octobre 2014 pris par la HAS. Dans ces quatre avis, la HAS se déclare favorable à l'inscription sur la LAP visée à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale de quatre actes de remplacement de l'aorte thoracique qui seront donc désormais remboursés par la sécurité sociale.

- **Spécialité pharmaceutique - impact - dépenses - assurance maladie - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

[Décision](#) n° 2014.0201/DC/SEESP de la HAS en date du 8 octobre 2014 constatant l'impact significatif d'une spécialité pharmaceutique sur les dépenses de l'assurance maladie. Au vu de l'impact que peut avoir le produit objet de la décision sur les dépenses d'assurance maladie, la HAS décide qu'une évaluation médico-économique sera réalisée par la Commission d'évaluation économique et de santé publique.

– **Haute autorité de santé (HAS) - spécialité pharmaceutique - impact - dépense - assurance maladie** (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014.0201/DC/SEESP de la HAS en date du 15 octobre 2014 constatant l'impact significatif du produit FLUENZ Tetra sur les dépenses de l'assurance maladie. Au vu de l'impact significatif que peut avoir le produit objet de la décision sur les dépenses d'assurance maladie, la HAS décide que la commission d'évaluation économique et de santé publique procèdera à une évaluation médico-économique.

– **Assurance maladie - charge - produit - dépense - système de santé - qualité** (www.ameli.fr) :

Rapport charges et produits pour l'année 2015 de l'Assurance maladie : « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2015* ». Ce rapport, présenté au Gouvernement et au Parlement, formule vingt-cinq propositions visant à améliorer la qualité des soins et à optimiser les dépenses de santé conformément aux prescriptions du cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Le rapport présente ainsi, dans un premier temps, une analyse des dépenses et des pratiques pour, dans un deuxième temps, formuler des recommandations.

– **Projet de loi - finances publiques - programmation - hôpital - pilotage budgétaire** (www.assemblee-nationale.fr) :

Projet de loi n° 2236 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019. Adopté en première lecture le 21 octobre 2014, ce projet de loi définit la trajectoire des finances publiques à horizon 2019. L'article 26 du texte prévoit notamment le renforcement du pilotage budgétaire des hôpitaux en difficultés financières ainsi que la remise annuelle d'un rapport au Parlement sur l'évolution des dépenses de personnel des établissements de santé. Par ailleurs l'article 30 du projet interdit la conclusion directe d'un contrat de partenariat public/privé pour les établissements publics de santé et les structures de coopérations sanitaires dotées de la personnalité morale publique.

– **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle de risque maladie (Fonds CMU) - Couverture maladie universelle (CMU) - loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** (www.cmu.fr) :

Rapport du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle de risque maladie (Fonds CMU) : « *Sixième rapport d'évaluation de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle* ». Ce rapport, rédigé par le Fonds CMU à la fin de l'année dernière, dresse un bilan des dispositifs d'aide à la complémentaire santé que sont la couverture maladie universelle (CMU), la

couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS). Il apparaît ainsi que l'accès à la complémentaire santé reste encore inégalitaire et que des réformes doivent être engagées pour permettre cet accès aux personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Sont ainsi formulées dix-neuf propositions et vingt « pistes de travail » visant à améliorer cet accès.

– **Produit de santé - impact - dépense - assurance maladie - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014/0212/DC/SEESP du 22 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé constatant l'impact significatif du produit ZYDELIG 100 mg et 150 mg sur les dépenses de l'assurance maladie.

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 3 novembre 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.