



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° 201 : Période du 16 au 30 novembre 2014

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé	11
3. Personnels de santé	19
4. Etablissements de santé	26
5. Politiques et structures médico-sociales	28
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires	30
7. Santé environnementale et santé au travail	39
8. Santé animale	45
9. Protection sociale contre la maladie	48

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation interne :

– **Prévention - dopage - antenne médicale - agrément - [arrêté](#) du 14 novembre 2012** (J.O. du 22 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 9 octobre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports, modifiant l'arrêté du 14 novembre 2012 relatif à l'agrément des antennes médicales de prévention du dopage.

– **Agence régionale de santé - fonds d'intervention régional - article [L. 174-1-2](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 22 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget, modifiant l'arrêté du 31 mars 2014 fixant pour l'année 2014 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du Code de la sécurité sociale.

– **Réserve sanitaire - mobilisation - Ebola** (J.O. des 19 et 26 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia et son impact au Mali.

[Arrêté](#) du 21 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire en Guinée, en Sierra Leone et au Liberia et son impact au Mali.

[Arrêté](#) du 24 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

– **Donnée de santé - caractère personnel - prestation d'hébergement - agrément - application - suivi médical** (B.O. santé du 15 novembre 2014) :

[Décision](#) du 10 octobre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, portant agrément d'une société pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients, utilisées à des fins de suivi médical.

Décision du 10 octobre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, portant agrément d'une société pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications métiers utilisées à des fins de suivi médical.

Décision du 10 octobre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, portant renouvellement d'agrément d'une société pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par ses clients et utilisées à des fins de suivi médical.

Décision du 10 octobre 2014 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, portant renouvellement d'agrément d'un groupement de coopération sanitaire pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications utilisées à des fins de suivi médical.

- Principe - silence - acceptation - entrée en vigueur
(circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire du 12 novembre 2014 relative à l'entrée en vigueur du principe « Silence vaut acceptation ».

- Journée mondiale - sida - 2014 (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° 2014-148, prise le 10 novembre 2014 pour la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, relative à la journée mondiale de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2014.

- Service de santé - armée - agent - concours (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° 500950/DEF/RH-AT/CONCOURS/RSD prise pour le ministre de la défense le 3 octobre 2014 et relative aux concours d'admission à l'école de formation des officiers des corps techniques et administratifs de l'armée de terre, du service de santé des armées et du service des essences des armées, ouverts au personnel militaire en application du 2° de l'article 5 du décret n° 2008-945 du 12 septembre 2008 modifié, portant statut particulier des officiers des corps techniques et administratifs de l'armée de terre, de la marine, de la gendarmerie, du service de santé des armées et du service des essences des armées, en 2015.

- Douleur chronique - annuaire national - structure
(circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGOS/PF2/2014/319, prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relative à l'actualisation de l'annuaire national des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique et au recueil de leurs données d'activité 2014.

- **Service de santé - armée - agent - concours** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGS/RI1/2014/310, prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 7 novembre 2014, relative à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche.

- **Patient - virus Ebola - accueil inopiné - établissement de santé** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction DGOS/DIR/PF2/DGS/DUS/BOP/2014/306 du 7 novembre 2014 relative aux actions à conduire au sein de chaque établissement de santé (hors établissement de santé de référence habilité) dans le cadre de la préparation à l'accueil inopiné d'un patient cas suspect de maladie à virus Ebola.

- **Conférence régionale de santé et de l'autonomie - conférence de territoire - conseil de surveillance - représentant** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° SG/2014/305 du 26 septembre 2014 relative au renouvellement des mandats des membres des conseils de surveillance des agences régionales de santé et aux modalités de désignation des représentants de certaines collectivités territoriales pour les conférences régionales de santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

- **Infection invasive - méningocoque - prophylaxie** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGS/RI1/DUS/2014/301 de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, en date du 24 octobre 2014, relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque.

Jurisprudence :

– **Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) – haute autorité de santé (HAS) – commission de la transparence (CT) – anonymat – loi n° [78-753](#) du 17 juillet 1978 (CADA avis, 18 septembre 2014, n° [20142412](#)) :**

En l'espèce, un laboratoire souhaitait obtenir le détail des relevés et des explications de vote pour un de ses médicaments lors des réunions de la Commission de la transparence (CT) du 20 juin 2012 et du 5 décembre 2012 au cours desquelles elle a considéré à l'unanimité que le service médical rendu (SMR) du médicament était insuffisant et a confirmé cet avis. Il demandait également à connaître l'identité des intervenants qui n'apparaissait pas dans les procès verbaux des réunions. La Haute autorité de santé ayant opposé un refus à ces demandes, le laboratoire a saisi la CADA pour avis. Concernant les relevés et explications de vote, la CADA considère qu'il résulte de l'article L. 1451-1-1 du code de la santé publique et de son avis du 26 juillet 2012 « *que le procès-verbal doit permettre de connaître les opinions exprimées individuellement par les membres des commissions ainsi que l'identité de leurs auteurs* ». Néanmoins, le directeur de la HAS ayant indiqué qu'un document comportant ces informations n'existait pas en l'espèce, elle ne peut que déclarer sans objet la demande du laboratoire. Concernant la question de l'anonymat des intervenants, la CADA « *estime que le nom des agents de la Haute autorité de santé participant, en cette qualité, aux réunions de la commission de la transparence ne constitue pas une mention intéressant la vie privée de ces agents au sens des dispositions précitées de la loi de 1978. Elle émet donc un avis favorable à la communication des documents sollicités sans occultation du nom des agents concernés.* »

Doctrine :

– **Recherche oncologique pédiatrique – maladie orpheline – financement – industrie pharmaceutique (www.assemblee-nationale.fr) :**

[Rapport](#) de J.-C. Lagarde, fait au nom de la Commission des affaires sociales, sur la proposition de loi relative au financement, par l'industrie pharmaceutique, de la recherche oncologique pédiatrique. L'auteur rappelle que « *le financement public doit pourvoir au financement des recherches jugées non rentables. C'est dans ce sens que ce texte propose d'instaurer un prélèvement de faible niveau, de près de 30 millions d'euros, sur les bénéfices de l'industrie pharmaceutique en France* ». La proposition de loi prévoit également d'inscrire dans le Code de la santé publique la faculté que doit avoir chaque enfant ou adolescent de moins de dix-huit ans de bénéficier d'un protocole particulier pour le traitement de sa pathologie. Le rapport détaille enfin la nouvelle ressource qui sera allouée aux organismes de recherche selon six axes, notamment la favorisation de la recherche pédiatrique et l'amélioration du ciblage moléculaire en oncologie pédiatrique.

– **Virus Ebola - personnel soignant - silence - acceptation - administration** (Dictionnaire permanent de sante, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 253-254, novembre/décembre 2014) :

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

- K. Haroun : « *Quand le silence gardé par l'administration ne vaut pas acceptation* » ;
- K. Haroun : « *Virus Ebola : le personnel soignant sous protection* ».

– **Santé publique - réforme - système de santé - Etats-Unis** (Health Affairs, vol. 33, n° 11, novembre 2014) :

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

- M. pastor et coll. : « *Integrating public health and community development to tackle neighborhood distress and promote well-being* » ;
- D. Acevedo-Garcia et coll. : « *The child opportunity index : improving collaboration between community development and public health* » ;
- N. Halfon et coll. : « *Analysis & commentary applying A 3.0 transformation framework to guide large-scale health system reform* ».

Divers :

– **Recommandation - prévention - traitement - hémorragie - post-partum - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (www.who/int.fr) :

Recommandation de l'OMS pour « *La prévention et le traitement de l'hémorragie post-partum* ». L'OMS rappelle que malgré les avancées réalisées, l'hémorragie du post-partum (HPP) demeure la première cause directe de mortalité maternelle dans les pays à faible revenu. Ces nouvelles recommandations rassemblent les précédentes publications en matière de prévention et de traitement et soulignent l'importance des soins intégrés. Ce document insiste sur les meilleures pratiques recommandées. L'OMS encourage l'inscription de toute initiative de prévention de l'HPP dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions de prévention et de traitement, tout au long du continuum de soins, du domicile à l'hôpital. Ainsi, les recommandations s'articulent autour de deux axes réaffirmer et affiner : (1) les meilleures pratiques en matière de prévention de l'HPP et (2) celles en matière de traitement de l'HPP.

– **Décès - noyade - prévention - santé publique - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (www.who/int.fr) :

Rapport mondial de l'OMS sur la noyade : « *Comment prévenir une cause majeure de décès* ». Dans une première partie, ce rapport considère que la noyade est un

problème de santé publique négligé. L'OMS rappelle que 372 000 personnes meurent noyées chaque année. Par ailleurs, la noyade est l'une des dix principales causes de décès d'enfants et de jeunes dans toutes les régions. Le rapport estime que plus de la moitié des noyés ont moins de 25 ans et les taux de noyade sont les plus élevés parmi les enfants de moins de 5 ans. L'OMS regrette qu'aucun effort ne soit déployé à grande échelle pour prévenir la noyade. Ainsi, dans une deuxième partie, l'OMS propose dix mesures afin de prévenir les noyades articulées autour (1) de mesures à l'échelle communautaire, (2) de politiques et législation efficaces et (3) des travaux de recherche. Enfin, dans une troisième partie, l'OMS énonce quatre recommandations telles que « *l'enseignement de rudiments de natation, l'installation de barrières pour limiter l'accès aux plans d'eau* » ou encore « *mettre en place un partenariat mondial qui formulerait des orientations et dirigerait la mise en œuvre de mesures de prévention* ».

– **Tabac - dépistage individuel - abstinence - recommandation - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Décision n° 2014.0209/DC/SBPP du 15 octobre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant la recommandation de bonne pratique « *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours* ». LA HAS rappelle que le tabac demeure un fléau inégalé de santé publique qui tue un fumeur régulier sur deux. Le tabac fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie. Il s'agit de la première cause de mortalité évitable en France, responsable de 73 000 décès prématurés chaque année. L'objectif d'amélioration des pratiques de cette recommandation est de définir les recommandations de bonnes pratiques pour : (1) le dépistage individuel de l'usage du tabac et de la dépendance en pratique médicale et (2) la prise en charge de l'arrêt de l'usage du tabac, du sevrage au maintien de l'abstinence au long cours. La HAS propose des recommandations afin de répondre à un certain nombre de questions notamment celles relatives (1) au dépistage individuel de la consommation de tabac, (2) à l'évaluation initiale, (3) à l'aide à l'arrêt de la consommation, (4) à la place des cigarettes électroniques, (5) aux situations particulières, (6) au rôle du pharmacien d'officine et (7) à la formation des professionnels de santé.

– **Eau potable - approvisionnement - assainissement - politique mondiale - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (www.who/int.fr) :

Rapport de l'OMS : « *L'analyse et l'évaluation mondiale sur l'assainissement et l'eau potable* ». L'OMS a récolté des données dans 94 pays et de 23 agences externes. Le rapport estime que 2,3 milliards de personnes ont eu accès à de l'eau potable entre 1990 et 2012, ce qui a permis de réduire le nombre de morts causé par les maladies diarrhéiques de 1,5 millions en 1990 à un peu plus de 600 000 en 2012. Toutefois, le rapport constate que 2,5 milliards de personnes n'ont toujours pas accès à des sanitaires et 748 millions de personnes n'ont pas accès à de l'eau potable. Ainsi, le rapport observe un soutien des gouvernements pour un accès universel à l'eau

potable et aux sanitaires : deux tiers des pays étudiés reconnaissent qu'il s'agit d'un droit de l'homme dans leur législation nationale. Néanmoins, le rapport regrette que ces aspirations politiques soient entravées par des capacités réduites, un suivi inconstant, des données fragmentées et un financement national insuffisant. Enfin, le rapport reconnaît que l'aide internationale a augmenté permettant une amélioration des objectifs régionaux mais insiste sur le besoin de mobiliser des ressources humaines.

– **Nutrition - plan d'application - mère - nourrisson - enfant - Organisation mondiale de la santé (OMS) (www.who/int.fr) :**

Plan d'application de l'OMS concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. L'OMS estime que 30 % des femmes en âge de procréer (468 millions) et 42 % des femmes enceintes (56 millions) souffrent d'anémie ferriprive. L'anémie de la mère est associée à un poids de naissance plus faible pour l'enfant et donc à un risque accru de mortalité maternelle. Ainsi, le rapport rappelle qu'il naît chaque année dans le monde 13 millions d'enfants présentant un retard de croissance intra-utérine et environ 20 millions d'enfants ayant une insuffisance pondérale. Par ailleurs, à l'échelle mondiale, 47,4 % (293 millions) des enfants d'âge préscolaire souffrent d'anémie et 33,3 % (190 millions) d'une carence en vitamine A. L'OMS identifie plusieurs facteurs environnementaux qui influencent l'état nutritionnel : la prévalence de l'infection à VIH, l'insécurité alimentaire et le tabagisme. La malnutrition est la cause sous-jacente de 35 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans enregistré dans le monde. Dans ce rapport, l'OMS met en place six cibles mondiales à atteindre d'ici à 2025 dont la réduction de 40 % du nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance, la réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes en âge de procréer et la réduction de 30 % de l'insuffisance pondérale à la naissance. Afin d'atteindre ces objectifs, le rapport préconise un ensemble de cinq mesures à prendre dont notamment : (1) créer un environnement propice à la mise en œuvre de politiques alimentaires et nutritionnelles complètes ; (2) faire figurer toutes les interventions sanitaires efficaces ayant un effet sur la nutrition dans les plans nationaux en matière de nutrition et (3) fournir des ressources humaines et financières suffisantes pour la mise en œuvre d'interventions nutritionnelles.

– **Evaluation médico-économique - stratégie - prise en charge - insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) - France - Haute Autorité de santé (HAS) (www.has-sante.fr) :**

Rapport réalisé par la HAS et l'Agence de biomédecine : « *Evaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France* ». La HAS rappelle que l'IRCT affecte une part croissante de la population française. Ainsi, en 2012, la prévalence était de 1 127 par millions d'habitants, soit 73 491 patients avec un traitement de suppléance (+4 % par an). Par ailleurs, l'Assurance

maladie a estimé son coût à plus de 4 milliards d'euros en 2007 et à 5 milliards d'euros d'ici 2025. L'objectif de ce rapport est d'évaluer l'impact clinique et économique de possibilités de changement dans la trajectoire de soins des patients entre différentes modalités de traitement de suppléance. Le rapport s'articule autour des 3 étapes de réalisation de l'évaluation économique et présente pour chacune les principaux résultats : (1) la revue de littérature sur l'évaluation médico-économique de la prise en charge des patients en IRCT, (2) le coût de la prise en charge des patients en IRCT selon la modalité de traitement et l'analyse des facteurs de variation et (3) l'évaluation médico-économique des stratégies de prises en charge de l'IRCT en France.

– **Fonds d'intervention régional (FIR) - assurance maladie - financement - aide à la contractualisation - organisation hospitalière** (www.basedaj.aphp.fr) :

[Rapport d'activité 2013](#) du Fonds d'intervention régional. Le FIR rappelle qu'en 2013, le périmètre et les actions financés par ses soins ont connu un élargissement important par rapport à 2012. Le montant des dépenses comptabilisées s'est établi à 3,160 milliards, soit un taux d'exécution de 99,7%, qui traduit une très forte mobilisation du FIR par les agences régionales de santé dans le cadre des actions de transformation de l'offre de soins. Ainsi, trois postes de dépenses représentent plus de 95 % des dépenses : (1) l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (56 %) ; (2) la permanence des soins (28 %) et la prévention (11 %). Les agences régionales de santé considèrent que le FIR a notamment permis la mise en œuvre de (1) l'optimisation de la permanence des soins, (2) le soutien d'un exercice pluri-professionnel, (3) le développement de la prévention et (4) la démocratie sanitaire en régions. Ce rapport d'activité s'articule autour de deux parties. D'une part, il propose une description des stratégies et de la mise en œuvre globale du FIR. D'autre part, il dresse un bilan quantitatif et qualitatif des huit missions du FIR.

– **Institut de veille sanitaire (INVS) - Direction générale de la santé (DGOS) - dépistage rapide - VIH - expérimentation Flash-Test 2013** (www.invs.sante.fr) :

[Rapport](#) de A. Atramont et S. Le Vu réalisé au nom de l'Institut de veille sanitaire (INVS) : « *Analyse du public touché par l'expérimentation Flash-Test 2013. Une semaine de dépistage du VIH dans quatre régions françaises* ». L'INVS a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) afin d'évaluer le bénéfice d'une semaine de dépistage rapide du VIH dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), Rhône-Alpes et Guyane. L'institut a donc élaboré un questionnaire anonyme rempli par les personnes dépistées et par l'opérateur du test rapide le but étant de « *décrire la population testée et notamment les personnes découvrant leur séropositivité au cours de l'opération* », de « *déterminer si les personnes testées appartenaient aux populations ciblées par l'intervention* » et de « *déterminer si [ces] personnes [...] recouraient habituellement au test de dépistage du VIH* ». Ce rapport se propose donc de présenter la méthode utilisée par l'institut et les résultats de cette opération, en introduisant des éléments

de comparaison avec d'autres dispositifs ou études en termes de niveau d'exposition de la population et de recours au dépistage.

– **Dépistage - VIH - centre de santé - enquête - rapport sexuel** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 32-33, 28 novembre 2014) :

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

- F. Bourdillon : « *Dépistage du VIH : une augmentation du nombre de tests positifs dans une activité de dépistage importante et stable* » ;
- F. Cazein et coll. : « *Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013* » ;
- A. Velter et coll. : « *Pratiques de dépistage VIH des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Apports de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011* » ;
- A. Atramont et coll. : « *Analyse du public touché lors de l'opération flash test 2013 de dépistage rapide du VIH dans quatre régions françaises* » ;
- S. Belgherbi et coll. : « *« Le 190 », un centre de santé sexuelle à Paris pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes* ».

– **Institut national du cancer (INCA) - plateforme hospitalière - génétique moléculaire - cancer - test - activité** (www.e-cancer.fr) :

Rapport de l'Institut national du cancer (INCA) réalisé en novembre 2014 : « *Plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers : faits marquants et synthèse d'activité 2013* ». Ce document présente une synthèse de l'activité des plateformes de génétique moléculaire des cancers pour l'année 2013. Les tests réalisés par ces plateformes permettent d'identifier d'éventuelles mutations génétiques et contribuent ainsi à la réalisation de diagnostics, à la détermination de traitements ou stratégies de traitements et permettent le suivi du malade. Le rapport constate ainsi que les tests réalisés par ces plateformes ont augmenté de 14% par rapport à l'année précédente, une augmentation qui s'explique par l'évolution des modalités de réalisation des tests.

– **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) - activité physique - prévention - chute - personne âgée** (www.inserm.fr) :

Rapport réalisé par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en novembre 2014 : « *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées* ». Sollicité par le ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, l'Inserm propose dans ce document un bilan des connaissances scientifiques sur la contribution de la pratique d'une activité physique dans la prévention des chutes chez les personnes âgées. Le rapport souligne ainsi les effets bénéfiques d'une activité physique régulière afin d'arriver à un véritable travail sur l'équilibre. Pour permettre une meilleure adaptation, ces exercices doivent être encadrés et associer les acteurs

médicaux, associatifs et sportifs.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Législation :

Législation interne :

– **Protection - soins psychiatriques - prise en charge - loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 - loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011** (B.O. santé du 15 novembre 2014) :

Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Jurisprudence :

– **Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) - identification - auteur - décision d'admission - maintien - loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 - article L.3216-1 du Code de la santé publique** (Civ. 1^{ère}, 18 juin 2014, n° [13-16363](#)) :

Un patient avait vu les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation psychiatrique sur demande d'un tiers le concernant annulées par une ordonnance du premier Président de la Cour d'appel de Paris. L'ordonnance relevait que « *de telles décisions doivent comporter, outre la signature de leur auteur, la mention en caractères lisibles de leurs nom, prénom et qualité* ». La première chambre civile de la Cour de cassation casse cette ordonnance, au motif que « *quand l'absence de la mention légalement requise des nom, prénom, qualité du signataire d'une décision administrative, exigence dont la finalité est l'identification par le citoyen de l'auteur d'un acte qui le concerne, peut, pourvu qu'ils établissent cette nécessaire information, être suppléée par des éléments extrinsèques portés à la connaissance de l'intéressé* », il appartient au juge d'identifier le signataire de la décision, au regard des différentes pièces produites devant lui.

– **Infection nosocomiale - établissement public de santé - intervention - chirurgie** (C.E., 26 novembre 2014, n° [366736](#)) :

En l'espèce, le requérant demande au juge administratif d'enjoindre au centre hospitalier dans lequel il a subi une intervention chirurgicale à lui verser une indemnisation au titre du préjudice résultant de la contraction d'une infection nosocomiale. En première instance et en appel, le requérant a été débouté. Il se pourvoit alors en cassation devant le Conseil d'Etat qui en l'espèce, statue sur le fond. La Cour administrative d'appel avait écarté le moyen relatif au défaut d'information en affirmant que le lien causal entre le manquement au devoir d'information et le risque d'infection nosocomiale « *qui ne s'est pas réalisé ne pouvait être établi, alors que [ledit manquement] ne se limitait pas aux seuls risques d'infection nosocomiale* ». Les juges du fond n'ayant pas reconnu le caractère nosocomial de l'infection, le Conseil d'Etat admet le pourvoi uniquement en ce qui concerne le manquement du centre hospitalier à son devoir d'information.

– **Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) - indemnisation - prescription médicale - responsabilité - laboratoire - produit défectueux - information - risque - rectocolite hémorragique (RCH) - imputabilité** (Civ 1^{ère}, 18 juin 2014, n° [13-15786](#)) :

En l'espèce, le demandeur s'est vu prescrire un médicament contre l'acné et a, quelques mois plus tard, présenté une hépatite et des troubles intestinaux, puis une rectocolite hémorragique, nécessitant une colo-protectomie totale. Le requérant et ses parents ont par la suite recherché la responsabilité du laboratoire ainsi que du médecin prescripteur, tout en demandant une indemnisation à l'ONIAM. Leur action contre le laboratoire a tout d'abord été déclarée prescrite, ce qui est confirmé par la Cour de cassation : « *la Cour d'appel, sans se contredire, a estimé [...], que dès le dépôt du rapport d'expertise, soit le 24 octobre 2006, les consorts Y avaient disposé de tous les éléments pour intenter une action contre le producteur* ». Les consorts demandeurs reprochaient également au laboratoire de n'avoir pas fait figurer le risque de RCH. La cour d'appel rejette ce moyen, ce que la Cour de cassation valide : « *la Cour d'appel, par une appréciation exclusive de dénaturation des éléments qui lui étaient fournis et de la portée des conclusions de l'expert [...], a estimé que la RCH n'était pas considérée à l'époque, par la communauté médicale, comme un risque inhérent à la prise de Procuta Gé, et a pu en déduire que le laboratoire n'avait commis aucune faute en ne faisant pas état, dans la notice de ce médicament, de la possibilité de survenance de cette pathologie* ». Le même raisonnement s'applique pour le médecin prescripteur, les risques éventuels de RCH afférents à la prise d'isotrétinoïne n'étant pas connus des dermatologues à l'époque. Enfin, la Haute juridiction rejette la demande d'indemnisation à l'encontre de l'ONIAM, le lien de causalité entre le traitement et la survenue de la RCH n'étant pas établi de manière certaine.

– **Expulsion - accès - soins médicaux - interdiction de traitement inhumains et dégradants - articles 3 et 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) - vie privée et familiale** (CourEDH, 18 novembre 2014, n° [5049/12](#), *aff. Senchishak c. Finlande*) :

En l'espèce, la requérante, ressortissante russe, contestait son expulsion de Finlande au motif qu'elle n'avait pas accès à des soins médicaux adéquats en Russie et qu'elle serait séparée de sa fille, ressortissante finlandaise, dont elle dépendait à présent. La requérante était arrivée en Finlande en décembre 2008 avec un visa touristique pour séjourner avec sa fille. Peu de temps après son arrivée elle avait demandé un permis de séjour, alléguant que, paralysée du côté droit depuis 2006, elle ne pouvait disposer de soins adéquats en Russie et qu'étant veuve elle dépendait de sa fille. Les autorités de l'immigration refusèrent sa demande et ordonnèrent son renvoi en Russie. Le tribunal administratif d'Helsinki rejeta son recours contre son expulsion, considérant qu'elle pouvait bénéficier de soins médicaux adéquats en Russie et qu'elle n'était de ce fait pas dépendante de sa fille. La Cour administrative suprême lui refusa l'autorisation de la saisir. La CourEDH prononça en janvier 2012 une mesure provisoire sur le fondement de l'article 39 de son règlement, permettant ainsi la suspension de la mesure d'expulsion. Saisissant la CourEDH, la requérante invoque la violation des articles 3 et 8 de la CEDH. Concernant l'article 3, la Cour considère que la requérante n'a pas donné suffisamment d'éléments permettant de conclure à l'impossibilité d'avoir accès à des soins médicaux adéquats en Russie, notamment au regard de l'existence d'établissements de santé et de la possibilité d'obtenir une aide extérieure. Par ailleurs, la Cour s'est assurée que l'état de santé de la requérante serait pris en compte au moment de son éloignement. Dès lors, la Cour conclut à l'absence de violation de l'article 3 de la CEDH. Concernant l'article 8, la jurisprudence relative aux mesures d'expulsion considère que les relations entre des parents âgés et leurs enfants adultes ne relèvent pas du champ de cet article, à moins qu'il ne soit démontré que les premiers sont à la charge des seconds. La Cour relève qu'il n'existe aucun autre facteur de dépendance que des liens d'affection entre la requérante et sa famille. Elle conclut dès lors à l'absence de violation de l'article 8. En outre, la Cour décide de maintenir la mesure provisoire de non expulsion jusqu'à ce que l'arrêt soit devenu définitif ou jusqu'à nouvel ordre.

– **Hôpital psychiatrique - meurtre - responsabilité de l'Etat - droit à la vie - délai raisonnable - articles 2 et 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)** (CourEDH, 25 novembre 2014, n° [54113/08](#), *aff. Seoket Kürüm et autres c. Turquie*) :

En l'espèce, les requérants allèguent que l'Etat turc a manqué à son obligation de protéger la vie de leur fils/frère, celui-ci ayant été tué par un individu malade mental sorti neuf jours plus tôt d'un hôpital psychiatrique. Devant les juridictions internes, les requérants ont intenté une action en dommages et intérêts contre le ministère de la Santé en raison du décès de leur proche. Le tribunal administratif leur a accordé la somme de environ 13 660 euros et établi, au même titre que le Conseil d'Etat, que la responsabilité de l'hôpital psychiatrique était engagée en raison d'une faute de service, la sortie de l'individu en question ayant été autorisée sans que ne soient prises les mesures préventives nécessaires. Les requérants allèguent devant la CourEDH la violation des articles 2 et 6 de la CEDH. Concernant la violation de

l'article 2 de la CEDH, il appartient à la Cour de vérifier, tout d'abord, s'il y a bien eu reconnaissance par les autorités d'une violation d'un droit protégé par la Convention et, ensuite, si le redressement peut être considéré comme approprié et suffisant. Considérant que les tribunaux nationaux « *ont reconnu explicitement et sans équivoque la responsabilité de [l'hôpital] à raison d'une faute de service lourde dans l'exécution du service de santé* », la CourEDH conclut que ces juridictions ont reconnu « *en substance la méconnaissance d'un droit protégé par l'article 2 de la Convention* ». Quant au redressement, la Cour note que les requérants n'ont invoqué aucun grief relatif à l'indemnité, aussi la somme qui leur a été allouée « *constitue un redressement approprié et suffisant* ». Les requérants ne peuvent donc plus « *se prétendre « victimes », au sens de l'article 34 de la Convention, d'une violation de l'article 2 de la Convention* ». Concernant la violation alléguée de l'article 6, les requérants estiment que la durée de la procédure interne n'a pas répondu à l'exigence du « *délai raisonnable* » imposé par cet article. La Cour considère « *que la présente affaire ne revêtait pas de complexité particulière et que les requérants n'ont pas contribué à l'allongement de la procédure* ». L'enjeu du litige imposait, selon elle, une rapidité particulière qui n'a pas été respectée puisque la procédure a duré plus de cinq ans et huit mois « *dont un an, onze mois et vingt-six jours pour le seul recours en rectification devant le Conseil d'Etat* ». Aussi la Cour conclut-elle à la violation de l'article 6 de la CEDH.

– **Internement – foyer social – droit à la liberté et à la sûreté – articles 5§1 et 5§4 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) – droit à un examen à bref délai – régularité de la détention** (CourEDH, 25 novembre 2014, n° [31199/12](#), *aff. K.C. c/ Pologne*) :

En l'espèce, l'affaire porte sur le placement d'office de la requérante dans un foyer social. En 1981, à la demande de sa fille, la requérante avait été déclarée partiellement incapable au motif qu'elle avait besoin d'assistance pour son traitement médical et ses problèmes d'alcool. En 2008, à la demande des services sociaux et après examen par deux psychiatres, le tribunal prononça son internement dans un foyer social au motif que la négligence dont elle faisait preuve à l'égard des règles d'hygiène et d'alimentation pouvait provoquer des problèmes pour sa santé et devait faire l'objet d'une surveillance constante. La requérante fit appel de cette décision, sans résultat. Les demandes de modification de décision présentées par sa fille et par elle-même furent rejetées en 2009 et en 2010. Invoquant une violation des articles 5§1 et 5§4 de la CEDH, la requérante conteste son internement et la privation de liberté dont elle a fait l'objet et allègue qu'elle n'a disposé d'aucun recours effectif pour contester la régularité de la décision et la nécessité de son internement. Concernant la violation alléguée de l'article 5§1, la Cour doit vérifier trois critères : tout d'abord, il doit être démontré de manière fiable, tout d'abord, que l'intéressé ne jouissait pas de toutes ses facultés mentales, ensuite que cet état nécessitait un encadrement justifiant un enfermement et enfin que le maintien en internement était justifié par la persistance des troubles. La Cour note que la requérante a été privée de liberté au regard de ses facultés mentales conformément au droit interne et que ce placement était nécessaire quant au risque indirect que son état pouvait causer à sa vie. Néanmoins, si la

requérante était sous la supervision d'un psychiatre, le but de cette supervision n'était pas d'évaluer régulièrement son état afin de vérifier si celui-ci nécessitait son maintien en foyer social. Les autorités n'ayant pas rapporté la preuve d'une évaluation permettant de justifier ce maintien en foyer, la Cour conclut à la violation de l'article 5§1. Concernant la violation alléguée de l'article 5§4, la Cour relève qu'il n'y a pas eu de violation du droit à un examen à bref délai par un juge de la régularité de la détention, la requérante ayant pu contester la décision et être entendue devant les juridictions internes.

– **Détention – état de santé – hépatite C – sclérose en plaques – interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants – droit à la liberté et à la sûreté – articles 3 et 5§3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) (CourEDH, 27 novembre 2014, n° [18785/13](#), *aff. Koutalidis c/ Grèce*) :**

En l'espèce, l'affaire concerne les conditions de détention du requérant, porteur de l'hépatite C, puis diagnostiqué atteint d'une sclérose en plaques. Lors de son admission en prison en juin 2012, le requérant informa l'établissement qu'il était porteur de l'hépatite C. Ayant été découvert entre temps affecté d'une sclérose en plaques, il déposa en novembre 2012 des observations afin de ne pas voir sa détention prolongée au-delà de six mois craignant que son maintien en détention ne provoque « *un dommage irréparable à sa santé* ». Sa détention fut néanmoins prolongée jusqu'au 12 juin 2013 par la chambre d'accusation car le crime qui lui était imputé était passible de vingt ans de réclusion. En janvier 2013, sa demande de mise en liberté sous conditions fut rejetée. Il fut finalement libéré sous condition le 3 juin 2013. Invoquant la violation des articles 3 et 5§3 de la CEDH, le requérant se plaint de la prolongation de sa détention, de l'omission des autorités d'avoir examiné la possibilité de prendre des mesures alternatives à la détention, et du manque de soins adaptés à sa maladie. Concernant la violation alléguée de l'article 5§3, la Cour relève que les soupçons pesant sur le requérant à propos des infractions qui lui étaient reprochées pouvaient justifier sa mise en détention initiale mais ne suffisaient pas à justifier le maintien en détention du 22 juin 2012 au 3 juin 2013. Par ailleurs, la Cour relève que le requérant joignait à ses demandes des documents et avis de médecins qui soulignaient le « *caractère inadéquat de la prison pour le traitement du requérant et le risque accru de récurrence des symptômes en cas de maintien en détention. Or, le juge d'instruction s'est contenté d'énumérer sur un plan théorique des remèdes qui auraient pu conduire à une rémission de la maladie du requérant, sans que ces conclusions fussent corroborées par les recommandations émises par les médecins qui avaient examiné le requérant les 8 et 11 janvier 2013* ». A cela s'ajoute que ni la chambre d'accusation ni le juge d'instruction n'ont envisagé d'alternatives à la détention ou répondu aux demandes du requérant sur une mise en liberté assortie de mesures de contrôle. Aussi, la Cour conclut que la durée de détention provisoire a dépassé le délai raisonnable prévu par l'article 5§3 de la CEDH. Concernant la violation alléguée de l'article 3, la Cour considère que « *rien dans le dossier ne permet d'établir une dégradation de l'état du requérant due à un manque de diligence des autorités de la prison qui, au demeurant, ont suivi les recommandations du médecin traitant pendant toute la durée de la*

détention ». En outre, les rapports fournis par les médecins ne remettaient pas en cause les soins dont le requérant faisait l'objet durant sa détention mais souhaitaient montrer aux autorités que le maintien en détention pouvait avoir des conséquences pour sa santé. La Cour conclut qu'il n'y a pas eu violation de l'article 3 de la CEDH.

– **Garde à vue - soins médicaux - décès - droit à la vie - article 2 de la Cour européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)** (CourEDH, 27 novembre 2014, n° [1157/10](#), *aff. Karsakova c. Russie*) :

En l'espèce, la requérante alléguait que les autorités russes étaient responsables de la mort de son frère, celui-ci étant resté en garde à vue sans assistance médicale pendant 36 heures. Ce dernier, soupçonné d'extorsion de fonds, fut incarcéré dans les locaux de garde à vue d'un commissariat. Durant trois jours, il se plaignit de maux de tête et de crampes et eut des convulsions dues à son sevrage. Les surveillants firent appel à des auxiliaires médicaux qui recommandèrent une hospitalisation. A l'hôpital, un spécialiste de la toxicomanie le soigna et déclara son état compatible avec la détention. Le frère de la requérante fut retrouvé mort deux jours plus tard dans la cellule où il avait été placé en isolement. Les enquêtes menées sur ce décès ont conclu qu'il était dû à des causes naturelles. La requérante invoque ici la violation de l'article 2 de la CEDH considérant que les autorités étaient responsables de la mort de son frère et que l'enquête menée sur sa mort avait manqué d'effectivité. La Cour considère que les autorités, en ne donnant pas au détenu un accès à des soins médicaux et en le laissant seul dans sa cellule en l'absence de surveillance ou de supervision suffisante ou appropriée, ont mis sa santé et sa vie en danger. Cette défaillance ayant conduit à la mort du détenu, la Cour conclut à la violation de l'article 2 de la CEDH. S'agissant de la procédure, la Cour retient que les autorités ont mis six ans pour établir les circonstances de la mort du détenu. La Cour conclut donc à la violation de l'article 2 dans son volet procédural.

– **Détention - accès - soins médicaux - interdiction de traitement inhumains et dégradants - article 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)** (CourEDH, 27 novembre 2014, n° [51857/13](#), *aff. Amirov c. Russie*) :

Le requérant, ressortissant russe, est détenu depuis 2013 dans un centre de détention provisoire en Russie. Ayant subi un attentat en 1993, il a depuis besoin de soins en permanence. Selon le requérant, les soins médicaux dont il bénéficie en détention sont inappropriés, la durée de sa détention est excessive et les autorités n'ont pas respecté une mesure provisoire recommandée par la CourEDH (à savoir, une demande d'expertise médicale indépendante). La Cour, à l'unanimité, accueille le recours du requérant, considérant que : « *le requérant a été privé de l'assistance médicale vitale eu égard à sa pathologie. [...] La piètre qualité des services médicaux fut amplifiée par le fait que le requérant ait été maintenu dans des conditions de détention non-stériles et insalubres, le mettant sérieusement en danger, alors que son système immunitaire était déjà*

défaillant ». La CourEDH condamne donc la Russie pour violation de l'article 3 de la Convention.

– **Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) - accès - dossier médical - patient mineur - autorité parentale - articles [L. 1111-5](#) et [L. 1111-7](#) du Code de la santé publique - articles [378](#) et [378-1](#) du Code civil** (Avis CADA, 18 septembre 2014, n° [20142924](#)) :

En l'espèce, la CADA a été saisie par le père d'un patient à la suite du refus opposé par le directeur du centre hospitalier d'accéder au dossier médical de son fils mineur et handicapé pour lequel il est détenteur de l'autorité parentale et notamment les échanges de courriers permettant de connaître l'indication thérapeutique dans laquelle un médicament est prescrit à son fils. Le directeur justifie son refus par le fait que l'exercice exclusif de l'autorité parentale avait été confié à la mère par un jugement en date du 12 mai 2011 « *et que celle-ci exerçait son devoir d'information vis-à-vis du père par l'envoi d'une lettre mensuelle* ». Pour la commission, « *en matière de communication de documents médicaux les titulaires de l'autorité parentale, lorsque la personne intéressée est mineure, exercent le droit d'accès en son nom sans que son consentement soit requis, sauf exceptions prévues par les dispositions combinées des articles L.1111-5 et L.1111-7 du Code de la santé publique. A ce titre, [elle] considère que le parent qui ne dispose plus de l'exercice de l'autorité parentale demeure [néanmoins] titulaire de celle-ci au sens des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique. Seul le parent qui s'est vu retirer cette autorité en application des articles 378 et 378-1 du Code civil doit être regardé comme étant privé de l'autorité parentale et, par conséquent, du droit d'obtenir la communication des informations médicales relatives à son enfant mineur* ». La commission considère ainsi qu'en l'espèce le dossier médical du patient mineur était communicable à son père. Cependant cette communication « *doit intervenir après occultation des éventuelles mentions figurant dans [les] lettres et ne présentant pas un caractère médical dès lors qu'elles sont couvertes par le secret professionnel* ». La commission émet ainsi, sous ces réserves, un avis favorable.

Doctrine :

– **Procréation médicalement assistée (PMA) - adoption plénière - insémination artificielle - fraude - ordre public** (Note sous Cass. Avis, 22 septembre 2014, n° [15010](#) et n° [15011](#)) (Revue juridique Personnes et Famille, n° 11, novembre 2014) :

Note de T. Garé : « *La PMA réalisée à l'étranger ne fait pas obstacle à l'adoption plénière en France* », sous les avis rendus par la Cour de cassation le 22 septembre 2014. L'auteur analyse le raisonnement de la Cour de cassation en deux temps : il est d'abord question de la conception de l'enfant et de savoir dans quelle mesure il s'agit d'une fraude avant, ensuite, de s'intéresser aux conséquences du recours à un don de

sperme réalisé légalement à l'étranger sur le prononcé de l'adoption plénière de l'enfant par la compagne de sa mère. Pour l'auteur, la PMA est interdite en France aux couples de femmes et il s'agit alors d'une fraude.

– **Procréation médicalement assistée (PMA) - Gestation pour autrui (GPA) - droit de l'enfant - vie privée et familiale - article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) - fraude** (Notes sous CourEDH, 26 juin 2014, *aff. Mennesson c. France*, n° [65192/11](#); CourEDH, 26 juin 2014, *aff. Labassée c. France*, n° [65941/11](#) ; Cass. Avis, 22 septembre 2014, n° [15010](#) et n° [15011](#)) (Revue juridique Personnes et Famille, n° 11, novembre 2014) (Journal de droit international, n° 4, octobre 2014, comm. 16) :

-Article de M-C. Le Boursicot : « *Lorsque l'enfant paraît...* ». L'auteure met en perspective les deux arrêts rendus par la Cour européenne des droits de l'homme relatifs à la filiation après une GPA et l'avis rendu par la Cour de cassation à propos des conséquences sur la filiation d'un don de sperme réalisé légalement à l'étranger. Critique à propos des solutions ainsi dégagées, l'auteure se demande d'abord si les droits de l'enfant à avoir une filiation ne pourraient pas « *servir de caution à la reconnaissance d'un droit à l'enfant* ». Elle se demande ensuite de manière plus concrète quelles doivent être les personnes reconnues comme parents dans ces situations : si pour les couples de femmes ayant recours à un don de sperme, les deux peuvent devenir mères, par l'accouchement et l'adoption, la situation des enfants nés par GPA est plus complexe au regard de l'état du droit en France. En effet, la CEDH condamne la France pour ne pas avoir reconnu la filiation de l'enfant à l'égard de son père biologique.

-Note de J. Guillaumé sous les deux arrêts rendus par la Cour européenne des droits de l'homme le 26 juin 2014. Si la condamnation de la France par la Cour repose sur le fait que le refus de l'établissement de la filiation biologique paternelle de l'enfant né par une GPA réalisée à l'étranger porte atteinte au droit au respect de sa vie privée, pour l'auteur, la Cour démontre une certaine retenue dans cette décision. En effet, elle n'impose pas à la France d'appliquer un principe de reconnaissance des situations créées à l'étranger, mais se borne à contrôler la mise en œuvre de l'exception d'ordre public. Les seules obligations qui pèsent sur l'Etat français concernent l'établissement la filiation biologique des enfants nés d'une GPA réalisée à l'étranger, à savoir la filiation paternelle.

– **Fin de vie - majeur protégé - protection** (Revue droit et famille, n° 11, novembre 2014) :

Dans le cadre d'un dossier consacré à la fin de vie des majeurs protégés, D. Noguéro a réalisé une « *Synthèse* » sur le sujet. L'auteur distingue les questions relatives à la protection lors de fin de vie - qu'il s'agisse de l'organisation des funérailles et de la

gestion du patrimoine - des questions concernant la préparation de la fin de vie, en matière de soins et de finances mais aussi de prise en charge de la dépendance.

– **Majeur protégé - acte médical - régime de protection** (D. 2014. 2259) :

Panoramas de J-J. Lemouland, D. Noguéro et J-M. Plazy : « *Majeurs protégés juillet 2013 - juillet 2014* ». Les auteurs reviennent sur les dispositions générales relatives à l'insanité d'esprit, la personne du majeur protégé et l'ouverture d'un régime de protection. Dans un second temps, ce sont les évolutions concernant les règles particulières aux différents régimes de protection (à savoir la sauvegarde de justice, la curatelle, la tutelle et le mandat de protection future) qui sont présentées.

– **Autorité administrative indépendante (AAI) - protection - personne vulnérable - autonomie réduite - contrôleur général de lieux de privation de liberté - détenu - handicap - comité consultatif national d'éthique (CCNE) - neuro-amélioration - éthique - fin de vie** (LPA, n° 222, 6 novembre 2014, p. 8-14) :

Article de X. Bioy et coll. : « *Actualité des autorités administratives indépendantes dans le domaine des libertés fondamentales (de janvier à juillet 2014)* ». La chronique insiste dans un premier temps sur le renforcement des pouvoirs de certaines autorités administratives indépendantes avant de s'intéresser plus particulièrement à certains avis rendus. Parmi ces derniers, les avis du CCNE sur la fin de vie et sur la neuro-amélioration sont présentés.

– **Fin de vie - débat public - Comité consultatif national d'éthique (CCNE) injection létale - mort - soins sans consentement - hospitalisation - dangerosité - juge - légalité - mesure** (Dictionnaire permanent de sante, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 253-254, novembre/décembre 2014) :

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

- D. Vigneau : « *Débat public sur la fin de vie : le rapport du CCNE* » ;
- D. Vigneau : « *La mort par injection létale ne peut être demandée par ceux qui l'ont déjà obtenue* » ;
- C. Jonas : « *Hospitalisation sans consentement : utilisation pragmatique de la notion de dangerosité* » ;
- C. Jonas : « *Soins sans consentement : le juge doit avoir les moyens de vérifier la légalité de la mesure* ».

3. Personnels de santé

Législation :

Législation interne :

– **Diplôme d'étude spécialisée - reconnaissance - expérience professionnelle** (J.O. du 29 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 21 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 1er octobre 2014 fixant au titre de l'année 2014 le nombre maximum de diplômes d'études spécialisées complémentaires de groupe I susceptibles d'être délivrés par reconnaissance de l'expérience professionnelle.

– **Technicien de laboratoire - titre professionnel** (J.O. du 29 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 6 novembre 2014 pris par le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif au titre professionnel de technicien(ne) de laboratoire.

– **Formation - coordonnateur - sécurité - protection - santé - procédure - accréditation-certification - arrêté** du 26 décembre 2012 (J.O. du 20 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 4 novembre 2014 pris par le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, modifiant l'arrêté du 26 décembre 2012 relatif à la formation des coordonnateurs en matière de sécurité et protection de la santé et à celle des formateurs de coordonnateurs ainsi qu'aux garanties minimales que doivent présenter les organismes en charge de ces formations dans le cadre de la procédure d'accréditation-certification.

– **Etude médicale - odontologique - pharmaceutique - maïeutique - admission - arrêté** du 20 février 2014 (J.O. du 19 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 30 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 20 février 2014 relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

– **Institut national de la santé et de la recherche médicale - commission administrative paritaire - arrêté** du 8 février 2001 (J.O. du 19 novembre 2014) :

Arrêté du 24 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, modifiant l'arrêté du 8 février 2001 instituant les commissions administratives paritaires compétentes à l'égard des personnels de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

– **Concours - assistantat - hôpitaux - armée** (J.O. du 16 novembre 2014) :

Arrêté du 31 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du ministre de la défense et de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fixant le nombre et la répartition des postes ouverts en 2015 aux concours de l'assistantat des hôpitaux des armées.

– **Cabinet dentaire - accord - prévoyance - convention collective nationale** (J.O. du 29 novembre 2014) :

Avis du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'extension de l'avenant n° 5 au protocole d'accord de prévoyance du 5 juin 1987 relatif à la mise en conformité des catégories objectives relevant de la convention collective nationale des cabinets dentaires, conclu le 21 mai 2014.

– **Médecin - chirurgien-dentiste - sage-femme - pharmacien - diplôme étranger - exercice - recrutement - condition** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGOS/RH1/RH2/RH4/2014/318, prise par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 17 novembre 2014, relative aux conditions d'exercice et de recrutement en France des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplômes étrangers.

– **Election - représentant du personnel - comité consultatif national - commission administrative paritaire nationale - directeur des soins - directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social - directeur d'hôpital** (B.O. santé du 15 novembre 2014) :

Note d'information CNG/DGD/DH-DS n° 2014-271 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux comités consultatifs nationaux du corps des directeurs des soins.

Note d'information CNG/D3S n° 2014-270 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux comités consultatifs nationaux du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Note d'information CNG/DGD/DH-DS n° 2014-269 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux comités consultatifs nationaux du corps des directeurs d'hôpital.

Note d'information CNG/DGD/DH-DS n° 2014-268 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux commissions administratives paritaires nationales des corps des directeurs de soins.

Note d'information CNG/D3S n° 2014-267 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux CAPN du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Note d'information CNG/DGD/DH-DS n° 2014-266 du 19 septembre 2014 relative aux élections des représentants du personnel aux commissions administratives paritaires nationales des corps des directeurs d'hôpital.

Jurisprudence :

– **Accouchement - homicide involontaire - faute - responsabilité pénale - gynécologue obstétricien - chef d'équipe** (Crim., 24 juin 2014, n° [13-84542](#)) :

Par cet arrêt, la chambre criminelle de la Cour de cassation rejette le pourvoi de la demanderesse, chef d'équipe en gynécologie, condamnée pour homicide involontaire en raison du décès d'un nouveau-né consécutif à un retard dans la décision médicale. La Haute juridiction relève que « *si c'est à tort que la cour d'appel retient que la prévenue a commis une faute simple ayant causé directement le décès de l'enfant, l'arrêt n'encourt pas pour autant la censure dès lors qu'il résulte de ses constatations que, [...] Mme X, en ne procédant pas à une lecture minutieuse du tracé du rythme cardiaque fœtal [...] et en prenant tardivement la décision de procéder à une césarienne, a commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer et qui entretient un lien de causalité certain avec le décès de la victime* ».

– **Médecin retraité - dette - ancienne activité - commission de surendettement** (Civ. 2^e, 16 octobre 2014, n° [13-24553](#)) :

En l'espèce, un médecin retraité s'était adressé à une commission de surendettement afin de pouvoir bénéficier de la procédure visant à traiter sa situation. La commission ayant déclaré irrecevable sa demande, le médecin a formé un recours contre cette décision. La solution a été suivie par le tribunal. Le médecin a donc formé un pourvoi devant la Cour de cassation considérant que la décision n'avait pas tenu compte qu'il n'exerçait plus son activité et que l'état de son surendettement « *était manifeste au regard de dettes non professionnelles* ». La Cour de cassation rejette ce pourvoi par un

« motif de pur droit » et justifie sa décision par le fait qu'une partie de l'endettement du requérant résultait de son activité « peu important qu'il l'ait cessée ou non ».

– **Télé médecine - marché public - exercice illégal - référé-suspension - condition d'urgence - article [L.4113-5](#) du Code de la santé publique** (CE, ord., 23 juillet 2014, n° [380474](#)) :

En l'espèce, un concurrent évincé d'un marché public de prestations de téléconsultations en radiologie demande au Conseil d'Etat de suspendre en référé la décision d'attribution du marché. Le juge des référés relève tout d'abord « que la société attributaire du contrat avait fourni les données relatives au réseau des radiologues auxquels elle était en mesure de faire appel et joint leurs diplômes universitaires ainsi que leurs attestations d'inscription à l'ordre des médecins et qu'elle ne pratiquait pas elle-même la lecture et l'interprétation des radios, le juge des référés a pu, sans donner aux faits une qualification inexacte ni commettre d'erreur de droit, juger que l'exécution du contrat en litige ne conduisait pas à un exercice illégal de la médecine et qu'aucune atteinte à un intérêt public sur ce point ne caractérisait une situation d'urgence ». La société requérante reprochait également au contrat de prévoir la redistribution de bénéfices de l'activité professionnelle de médecins à des personnes ne remplissant pas les conditions d'accès à la profession, en méconnaissance de l'alinéa premier de l'article L.4113-5 du Code de la santé publique. Le Conseil d'Etat écarte ce moyen, le second alinéa de l'article en question exonérant l'activité de télé médecine de cette interdiction. Enfin, le juge administratif considère que l'exécution du contrat ne porte « aucune atteinte grave et immédiate à un intérêt public qui résulterait de la méconnaissance de l'indépendance professionnelle des médecins ou de l'interdiction de fixer des honoraires médicaux dans un but de commerce » et rejette le recours en référé.

– **Accouchement - médecin obstétricien - faute - responsabilité - article [1147](#) du Code civil** (Civ. 1^{ère}, 13 novembre 2014, n° [13-22702](#)) :

En l'espèce, la requérante avait accouché en 1995 d'une fille qui présentait une paralysie du plexus brachial imputable à la manœuvre de réduction, au cours de l'accouchement, d'une dystocie de l'épaule. Souhaitant voir reconnaître la responsabilité du médecin obstétricien qui l'avait fait accoucher, la requérante et son mari ont saisi en leur nom et en qualité de représentants légaux de leur enfant la juridiction civile. La Cour d'appel n'a pas fait droit à cette demande considérant qu'il n'y avait pas eu faute du médecin. La Cour relevait d'une part qu' « il n'y avait pas [eu] nécessité de préconiser le recours à une césarienne » et « d'autre part, que la dystocie des épaules n'était pas normalement prévisible lors du suivi de la grossesse et que le médecin n'avait pas eu le sentiment d'être confronté à cette complication lors de l'accouchement ». La Cour de cassation casse, en l'espèce, au visa de l'article 1147 du Code civil, la décision rendue par la Cour d'appel considérant « qu'en statuant ainsi, alors qu'elle avait relevé que la dystocie était apparue lors de la traction de l'épaule et que le médecin n'avait pas procédé, à ce stade de ses opérations, à une épisiotomie, ni à aucune des

manœuvres préconisées en pareil cas, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations ».

– **Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes - exercice illégal - inscription - tableau - articles [L. 4321-10](#) et [L. 4323-4](#) du Code de la santé publique** (Crim., 18 novembre 2014, n° [13-88246](#)) :

En l'espèce, deux masseurs-kinésithérapeutes sont poursuivis pour exercice illégal de cette profession par le conseil départemental de leur ordre, du fait de ne pas avoir sollicité leur inscription au tableau départemental de l'ordre. La Cour d'appel, saisie de cette affaire, a débouté le conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de ses demandes et renvoyé les prévenus des fins de la poursuite considérant *« qu'il n'est pas clairement édicté par les articles L. 4321-10 et L. 4323-4 du Code de la santé publique que l'exercice illégal de la profession de masseur-kinésithérapeute serait constitué en cas de défaut d'enregistrement du diplôme ou de défaut d'inscription sur le tableau tenu par l'ordre »*. Elle ajoute que l'article L. 4321-10 prévoit, par ailleurs, une possibilité pour le conseil de l'ordre de procéder à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes travaillant dans des structures publiques, une faculté qui n'a pu *« être exercée en l'absence du décret d'application prévu par la loi »*. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel considérant *« qu'en se déterminant ainsi, alors que l'article L. 4323-4 du Code de la santé publique a pour objet de sanctionner pénalement le non-respect des conditions d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute définies en termes clairs et précis par les articles L. 4321-1 et suivants du Code de la santé publique et en vertu desquelles, sauf exception, un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession que si ses diplômes, certificats, titres ou autorisation ont été enregistrés et s'il est inscrit sur le tableau de l'ordre, la cour d'appel a méconnu le texte susvisé et le principe ci-dessus énoncé »*.

– **Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) - abus de faiblesse - interdiction d'exercice - tableau de l'ordre - radiation - article [L. 4112-1](#) du Code de la santé publique** (C.E., 24 novembre 2014, n° [373325](#)) :

En raison de sa condamnation par le juge judiciaire à un an d'emprisonnement avec sursis et à un an d'interdiction d'exercice de la médecine pour abus de faiblesse, un professionnel de santé a été radié du tableau de l'ordre des médecins par décision du conseil départemental de l'ordre. Le CNOM ayant refusé d'annuler cette décision qui avait été confirmée à l'échelon régional, le médecin saisit le Conseil d'Etat. La Haute juridiction administrative rappelle qu'en vertu des dispositions de l'article L. 4112-1 du Code de la santé publique, il appartient au conseil départemental de l'ordre des médecins de radier du tableau les praticiens qui *« du fait de circonstances avérées, postérieures à leur inscription, tenant notamment à leur pratique professionnelle, ont cessé de remplir les conditions requises pour y figurer »*. Pour rejeter la demande en annulation dirigée à l'encontre de la décision du CNOM, le Conseil d'Etat considère que c'est à bon droit que ce dernier a considéré qu'en ne remplissant plus le critère de moralité

au vu de sa condamnation pour abus de faiblesse par le juge judiciaire, le praticien ne remplissait plus les conditions pour être inscrit au tableau de l'ordre.

Doctrine :

– **Psychiatre - psychologue - expertise - responsabilité - prévenu - présomption d'innocence - avocat - cour d'assises - juge de l'application des peines (JAP)** (AJ Pénal, n° 11, novembre 2014, p. 504-520) :

Au sommaire de « *l'Actualité Juridique Pénale* » figure un dossier sur « *La portée des expertises psychologiques et psychiatriques* » composé des articles suivants :

- A. Coche : « *Quand les experts psychiatres ou psychologues condamnent l'accusé* » ;
- M. Voyer : « *Quand les avocats « condamnent » les experts psychiatres* » ;
- J. Motte : « *Connaissance du dossier et compréhension du sujet en expertise psychologique : de l'utilité d'un savoir au risque de son interdit* » ;
- S. Foulon : « *Le poids de l'expertise devant la cour d'assises* » ;
- A. Blanc : « *Le juge et l'expert psychiatre : qui dit et qui fait quoi ?* » ;
- M. Herzog-Evans : « *La perception de l'expertise par les JAP : une recherche empirique* ».

– **Faute médicale - perte de chance - réparation - instance en cours** (Dictionnaire permanent de sante, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 253-254, novembre/décembre 2014) :

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

- C. Caillé : « *Faute médicale et perte de chance : quelle réparation pour les instances en cours ?* ».

– **Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) - flux migratoire - médecin - démographie médicale** (www.conseil-national.medecin.fr) :

Rapport réalisé par G. Le Breton-Lerouillois et coll. pour le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) : « *Les flux migratoires et trajectoires des médecins* ». Cette étude présente et explique, à partir des chiffres du tableau de l'Ordre 2014, les flux migratoires et trajectoires des médecins. Elle en arrive ainsi au constat que « *même si l'Ordre enregistre, chaque année parmi les nouveaux inscrits, 1 675 médecins à diplômes européen ou extra-européen, ces populations nouvelles ne suffisent pas à résoudre la problématique de l'accessibilité aux soins de 1^{er} recours et en accès direct.* »

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

- **Dotation régionale - 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 27 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 12 novembre 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.

- **Tarif - acte - majoration - consultation externe - établissement public de santé - établissement privé de santé - [arrêté](#) du 3 mai 2007** (J.O. du 21 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 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 3 mai 2007 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés.

- **Crédit - fonds de modernisation - établissement public de santé - établissement privé de santé** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

[Circulaire](#) n° DGOS/R1/2014/312 du 14 novembre 2014 relative à la deuxième délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2014.

Jurisprudence :

- **Agence régionale d'hospitalisation ancienne (ARH) - groupement d'intérêt économique (GIE) - radiologie - autorisation - transfert - licenciement - article [L. 1224-1](#) du Code du travail** (Soc., 2 juillet 2014, n° [11-13335](#)) :

Courant 1994, a été créé un GIE ayant pour objet l'implantation et l'exploitation d'un scanner au profit de ses membres (une société de radiologie, une clinique et un centre hospitalier) dans les locaux d'une clinique. Cette clinique a par la suite été placée en redressement judiciaire et fait l'objet d'une cession au bénéfice d'un Groupe qui a poursuivi l'activité relative à l'imagerie médicale et au scanner. Cette activité a notamment été possible grâce à l'autorisation d'exploitation donnée par l'agence régionale d'hospitalisation, autorisation qui jusqu'alors était détenue par le GIE. Le Groupe a ensuite créé un nouveau GIE comprenant la clinique et le centre hospitalier. Suite à cette création, la société de radiologie a fait l'objet d'un redressement judiciaire et été contrainte de licencier dix salariés. Elle a par la suite fait l'objet d'un plan de continuation et saisi « *le tribunal de grande instance pour qu'il soit constaté que les contrats de travail de ses salariés auraient dû être repris par le nouveau GIE et obtenir sa condamnation au paiement de diverses sommes* » conformément aux dispositions de l'article L. 1224-1 du Code du travail. Le nouveau GIE fait grief à l'arrêt de la Cour d'appel d'avoir considéré que ces dispositions du Code du travail étaient applicables en l'espèce et « *de le condamner à rembourser à la société de radiologie une certaine somme au titre des salaires [...] des six salariés autrement affectés au fonctionnement du scanner* ». La Cour de cassation rejette le pourvoi formé par le GIE considérant que l'autorisation donnée par l'ARH le 12 juin 2009 « *indiquait sans ambiguïté* » que le nouveau GIE avait pris la suite de l'ancien GIE « *pour exploiter les mêmes locaux, le même scanographe à usage médical, l'autorisation étant transférée d'un GIE à l'autre, que l'activité s'était poursuivie avec le même matériel et dans les mêmes locaux sous la responsabilité d'un médecin [provenant de la société de radiologie] et qu'elle s'adressait à la même clientèle issue du même « territoire de santé »* ». Aussi, la Cour d'appel a pu considérer qu'il y avait eu transfert d'une entité économique autonome et que le nouveau GIE « *était tenu de prendre en charge les salaires des salariés de la [...] société de radiologie spécialement affectés à l'activité d'imagerie médicale.* »

Divers :

– **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) - tarification à l'activité (T2A) - établissement de santé - agence régionale de santé - sanction - contentieux - contrôle (www.atih.sante.fr) :**

Rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de novembre 2014 : « *Sanctions et contentieux résultant du contrôle 2011 de la T2A* ». Ce rapport présente le bilan des procédures sanctions engagées par les ARS lors de la campagne de contrôle de 2011. Plusieurs points sont ainsi développés : « *le degré d'application de la procédure sanctions sur le territoire national et dans les différentes régions* », le montant des sanctions, leur impact, l'importance du contentieux relatifs à cette procédure, et les évolutions constatées d'une année sur l'autre. Le rapport relève ainsi que le montant total des sanctions prononcées lors de cette campagne est trois fois moins élevé que celui de la campagne précédente.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Travailleur handicapé - emploi - article [L. 5212-8](#) du Code du travail** (J.O. du 22 novembre 2014) :

Décret n° 2014-1386 du 20 novembre 2014 pris par le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif à la mise en œuvre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés par l'application d'un accord mentionné à l'article L. 5212-8 du Code du travail.

– **Autorisation - renouvellement - établissement social - médico-social** (J.O. du 16 novembre 2014) :

Décret n° 2014-1368 du 14 novembre 2014 relatif au renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

– **Dotation régionale - dépense médico-sociale - établissement médico-social - article [L. 314-3-3](#) du Code de l'action sociale et des familles** (J.O. du 20 novembre 2014) :

Arrêté du 12 novembre 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, fixant pour 2014 les dotations régionales limitatives de dépenses médico-sociales des établissements et services médico-sociaux publics et privés mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles.

– **Avenant - extension - secteur social - médico-social** (J.O. du 27 novembre 2014) :

Avis **n° 87** et **n° 88** du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif à l'extension d'un avenant dans le secteur sanitaire, social et médico-social à but non lucratif.

– **Campagne budgétaire - 2014 - établissements et services médico-sociaux** (circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGCS/SD1/SD5C/DGS/DSS/DB/2014/313 du 12 novembre 2014, prise par le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2014 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : appartements de coordination thérapeutique (ACT), Lits halte soins santé (LHSS), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques (CT), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lits d'accueil médicalisé (LAM) et l'expérimentation « Un chez soi d'abord ».

Doctrine :

– **Personne handicapée - accessibilité - établissement public - transport - ordonnance n° [2014-1090](#) du 26 septembre 2014 - décrets n° [2014-1326](#) et [2014-1327](#) du 5 novembre 2014 - décrets n° [2014-1321](#) et [2014-1323](#) du 4 novembre 2014 - loi n° [2014-789](#) du 10 juillet 2014** (AJDA 2014, p. 2214) :

Note de J.-M. Pastor : « *Les décrets sur l'accessibilité des ERP et des transports sont publiés* ». L'auteur présente les décrets complétant le dispositif de la loi du 10 juillet 2014 permettant le report, au-delà de 2015, de la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP), notamment, et des services de transport public et en détaille les modalités d'application.

– **Personne handicapée - accessibilité - stationnement - transport - (www.assembleenationale.fr) :**

Rapport d'A.-M. Le Houerou, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, visant à faciliter le stationnement des personnes en situation de handicap titulaires de la carte de stationnement. L'auteur rappelle que « *douze millions de personnes seraient en situation de handicap dans notre pays. C'est pourquoi [...] l'accessibilité universelle a été érigée en priorité gouvernementale* ». L'auteur expose ensuite en quoi la loi garantit l'accessibilité de la voirie aux personnes en situation de handicap, notamment le stationnement, et en quoi cette proposition de loi améliore l'exercice effectif de l'accessibilité de la voirie, à travers entre autres un élargissement des droits liés à la carte de stationnement pour personne handicapée.

Divers :

– **Emploi - formation - travailleur handicapé - branche - hospitalisation privée - sanitaire - médico-sociale** (www.observatoire-hp.com) :

Etude publiée par l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications portant sur la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial : « *L'emploi et la formation des travailleurs handicapés* ». A travers l'analyse des pratiques des établissements en matière d'emploi et de formation des travailleurs handicapés, cette étude tente d'engager une réflexion sur les actions à mettre en œuvre pour favoriser l'emploi de ces travailleurs.

– **Cour des comptes - financement - établissement pour personnes âgées dépendantes et adultes handicapés** (Cour des comptes, 11 septembre 2014, référé n° [70592](#)) (réponse de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, 25 novembre 2014) (www.ccomptes.fr) :

Dans la réponse adressée par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes au référé de la Cour des comptes, celle-ci « *partage le constat de l'urgence d'une réforme de l'allocation de ressources aux établissements [...] assise sur des référentiels de prestations et de coûts, faisant de la contractualisation un des instruments privilégiés de mise en œuvre et s'appuyant sur des indicateurs de mesures de l'activité, de l'efficience et de la qualité* ». Concernant la recommandation de généraliser des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la ministre signale que « *la détermination d'un seuil au-delà duquel les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) devraient être couverts par un CPOM continue de se heurter au manque de données financières de synthèse au niveau des organismes gestionnaires* », néanmoins elle assure qu'un groupe de travail relatif à la modernisation du pilotage et à la simplification de la gestion d'EPHAD se réunira courant décembre afin d'examiner « *l'articulation entre convention pluriannuelles tripartites et les CPOM et d'envisager les pistes d'amélioration de l'efficience de l'outil contractuel* ». S'agissant des recommandations relatives aux « *référentiels de coûts de prestations* », la ministre explique que le groupe de travail décrit ci-dessus ainsi que le comité stratégique de la réforme de la tarification des établissements et services pour personne handicapées travailleront pour la mise en place de financements adéquats dans leur secteur. Concernant la « *modulation des tarifs d'hébergement des résidents en EHPAD selon leur prise en charge au titre de l'aide sociale* », la réflexion sera développée par le groupe de travail EHPAD. Quant à la recommandation relative à la « *répartition du financement des dépenses de personnel d'aides soignants et aides médico-psychologiques* », la ministre soulève la question de la rupture d'égalité entre usagers d'un même territoire et d'un « *risque non négligeable de transfert de charges des collectivités locales vers l'assurance maladie* ».

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

Législation :

Législation européenne :

– **Substance active - médicament - usage humain** (J.O.U.E. du 25 novembre 2014) :

[Règlement délégué](#) (UE) n° 1252/2014 de la Commission en date du 28 mai 2014 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les principes et lignes directrices de bonnes pratiques de fabrication des substances actives des médicaments à usage humain.

– **Rectificatif - règlement** (CE) n° 552/2009 du 22 juin 2009 - **règlement** (CE) n° 1907/2006 du 18 décembre 2006 (Reach) - **enregistrement - évaluation - autorisation - restriction - substance chimique** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Rectificatif](#) au règlement (CE) n° 552/2009 de la Commission du 22 juin 2009 modifiant le règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), en ce qui concerne l'annexe XVII (JO L 164 du 26.6.2009).

– **Autorisation - refus - allégation - santé - denrée alimentaire - réduction - risque de maladie** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Règlement](#) (UE) n° 1226/2014 de la Commission du 17 novembre 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.

[Règlement](#) (UE) n° 1228/2014 de la Commission du 17 novembre 2014 concernant l'autorisation et le refus d'autorisation de certaines allégations de santé portant sur les denrées alimentaires et faisant référence à la réduction d'un risque de maladie.

– **Refus - allégation - santé - denrée alimentaire - réduction - risque de maladie - développement - santé des enfants** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Règlement](#) (UE) n° 1229/2014 de la Commission du 17 novembre 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.

Législation interne :

– **Préparation magistrale - officinale - sous-traitance** (J.O. du 17 novembre 2014) :

[Décret](#) n° 2014-1367 du 14 novembre 2014 relatif à l'exécution et à la sous-traitance des préparations magistrales et officinales.

– **Convention collective nationale - commerce - produit - pharmaceutique - parapharmaceutique - vétérinaire** (J.O. du 28 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 13 novembre 2014 pris par le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, portant extension d'un avenant à un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire (n° 1555).

– **Médicament - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique - arrêté du 17 décembre 2004** (J.O. du 28 décembre 2014) :

[Arrêté](#) du 25 novembre 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.

– **Convention collective nationale - industrie pharmaceutique** (J.O. du 27 novembre 2014) :

Arrêtés [n° 82](#) et [n° 84](#) du 13 novembre 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 de l'industrie pharmaceutique (n° 176).

– **Entreprise - médicament apprentissage - habilitation - taxe** (J.O. du 26 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 22 octobre 2014 pris par la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, portant prorogation de l'habilitation des entreprises du médicament apprentissage à collecter la taxe d'apprentissage.

– **Défibrillateur cardiaque - transmetteur - télésurveillance - prestation remboursable - inscription - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 21 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 18 novembre 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'ajout du transmetteur et de nouveaux défibrillateurs cardiaques implantables simple chambre, double chambre et triple chambre compatibles avec le système de télésurveillance inscrits au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

[Arrêté](#) du 18 novembre 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 du système de télésurveillance au chapitre 4 du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Médicament - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. des 20 et 25 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 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 20 novembre 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 - remboursement - assuré social** (J.O. des 20, 26 et 28 novembre 2014) :

Arrêtés [n° 14](#) et [n° 15](#) du 17 novembre 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.

[Arrêté](#) du 19 novembre 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.

[Arrêté](#) du 25 novembre 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 - prise en charge - autorisation de mise sur le marché (AMM) - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique** (J.O. des 20 et 28 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 18 novembre 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 aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

[Arrêté](#) du 25 novembre 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 aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique - prise en charge - prestation d'hospitalisation - article [L. 162-22-7](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 18 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 6 novembre 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 prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - liste - usage - collectivités - service public** (J.O. des 18, 20, 26 et 28 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 13 novembre 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° 13](#) et [n° 16](#) du 17 novembre 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.

[Arrêté](#) du 19 novembre 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.

[Arrêté](#) du 25 novembre 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.

– **Préparation - liste - risque - santé - article [L. 5125-1-1](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 16 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 2014 pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, fixant la liste des préparations pouvant présenter un risque pour la santé mentionnées à l'article L. 5125-1-1 du Code de la santé publique.

– **Convention collective nationale - pharmacie d'officine** (J.O. du 27 novembre 2014) :

[Avis](#) du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, relatif à l'extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale de la pharmacie d'officine.

– **Spécialité pharmaceutique - refus - retrait - autorisation de mise sur le marché (AMM)** (J.O. du 26 novembre 2014) :

[Avis n° 120](#) et [n° 121](#) 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 au retrait d'autorisation de mise sur le marché de spécialités pharmaceutiques.

– **Concentrateur d'oxygène - forfait hebdomadaire - prise en charge - article [L. 165-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 26 novembre 2014) :

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, rectifiant l'avis relatif aux tarifs et aux prix limites de vente au public en euros (TTC) de la prise en charge du forfait hebdomadaire de location du concentrateur d'oxygène mobile et de ses forfaits associés visés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - articles [L. 162-16-5](#) et [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 18 novembre 2014) :

[Avis n° 84](#) et [n° 95](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

[Avis](#) du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du Code de la sécurité sociale.

Jurisprudence :

– **Produit pharmaceutique - effet indésirable - directive [85/374/CEE](#) du Conseil du 25 juillet 1985** (CJUE, 20 novembre 2014, n° [C-310/13](#)) :

Se posait la question de la concurrence des régimes de responsabilité en matière de produit pharmaceutique défectueux. En l'espèce, la législation allemande prévoit que le consommateur lésé, utilisateur d'un médicament, peut demander au fabricant des renseignements relatifs aux effets indésirables du produit. Saisie d'une question préjudicielle, la CJUE rappelle dans un premier temps, qu'une telle réglementation ne relève pas de la Directive du 25 juillet 1985, puisque cette dernière ne prévoit pas la possibilité de requérir des renseignements auprès du fabricant, ni même l'étendue des éventuelles informations que la personne lésée pourrait obtenir. Dès lors, une telle législation échappe au champ d'application de la directive. Dans un second temps se pose la question d'une possible incompatibilité des deux régimes spéciaux de responsabilités. Après examen du droit établi par ce régime spécial de responsabilité, la CJUE relève qu'il n'entrave pas, ni ne fait échec au régime instauré par la directive de 1985. Dès lors, le régime spécial de responsabilité allemand prévoyant que le consommateur a le droit de réclamer au fabricant du produit pharmaceutique des renseignements sur les effets indésirables de ce produit est compatible avec la directive du 25 juillet 1985.

Doctrine :

– **Autorité de la concurrence - abus de position dominante - entrée sur le marché - médicament générique** (LPA, n° 221, 5 novembre 2014, p. 3-6) :

Article de C. Mascret : « *Les enseignements de l'autorité de la concurrence en matière d'abus de position dominante pour des pratiques visant à retarder l'entrée sur le marché d'un médicament générique* ». Dans cet article relatif aux enseignements de l'autorité de la concurrence en matière d'abus de position dominante pour les pratiques visant à retarder l'entrée sur le marché d'un médicament générique, l'auteur délivre plusieurs informations. Il ressort en effet de la jurisprudence de l'autorité de la concurrence, que l'élaboration par une entreprise, même en position dominante, d'une stratégie défensive pour faire face à la concurrence des produits générique est légitime. Toutefois, le comportement du laboratoire ne doit alors pas s'écarter des pratiques relevant d'une concurrence par les mérites. Enfin, l'auteur souligne que la mise en place de mesures destinées à assurer la conformité des activités aux règles de la

concurrence par des programmes dits de « conformité », permettant d'obtenir une réduction de la sanction, peut constituer un choix judicieux pour les laboratoires.

– **Dispositif médical connecté - Royaume-Uni - protection - donnée personnelle - propriété intellectuelle - droit des brevets** (PIBD, n° 1016, II-147) :

Compte rendu : « *Les dispositifs médicaux connectés* », d'après l'article de C. Benett : « *Wearable health-care technology* ». D'après ce compte rendu, l'auteur souligne plusieurs éléments en matière de dispositifs médicaux connectés. Tout d'abord, la réglementation en la matière, impose aux fabricants de garantir que leurs dispositifs sont fiables et adaptés pour une utilisation conforme à leur destination. Aussi, les dispositifs médicaux connectés doivent aussi respecter la législation relative à la protection des données personnelles et de la vie privée. En outre, l'auteur précise qu'en matière de propriété intellectuelle, si ces produits ne sont que la conversion de technologies existantes, ils ne seront pas protégeables du simple fait que le dispositif est portatif. Enfin, l'auteur précise que si le dispositif contrefait le brevet d'un tiers, l'utilisateur du dispositif n'est pas considéré comme contrefacteur, du fait de l'usage privé et non commercial.

– **Médicament - grossiste-répartiteur - obligation - service public** (Dictionnaire permanent de sante, bioéthique et biotechnologies, bull. n° 253-254, novembre/décembre 2014) :

Au sommaire du bulletin du « *dictionnaire permanent de sante, bioéthique et biotechnologies* » figure notamment l'article suivant :

- J. Peigné : « *Les grossistes-répartiteurs tenus de respecter leurs obligations de service public* ».

– **Institut de veille sanitaire (INVS) - infection - épidémie - lait cru** (www.invs.sante.fr) :

Rapport réalisé par M. Tourdjman et coll. au nom de l'Institut de veille sanitaire (INVS) : « *Epidémie d'infection à *Listeria monocytogenes* liée à la consommation de brie au lait cru - France 2012* ». Cette épidémie serait liée à la consommation de bries au lait cru, l'hypothèse étant une « *contamination ponctuelle faible, environnementale ou de la matière première* », indépendante des pratiques d'hygiène.

Divers :

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) - autorisation de mise sur le marché (AMM) - traitement - syphilis (www.ansm.sante.fr) :**

Point d'information sur l'autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) le 13 novembre 2014, au laboratoire Sandoz pour une spécialité à base de benzylpénicilline, antibiotique de référence dans le traitement symptomatique de la syphilis et dans la prévention du rhumatisme articulaire aigu.

– **Institut national de veille sanitaire (INVS) - agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) - consommation - antibiotique - résistance - France (www.invs.sante.fr) :**

Synthèse rédigée par l'Institut de veille sanitaire (INVS), l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et coll. : « *Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable* ». La prise d'antibiotiques, répétée ou ponctuelle, peut conduire à l'émergence de bactéries résistantes rendant les traitements antibiotiques moins efficaces. Afin de mieux combattre ce phénomène, l'INVS et l'ANSM présentent dans ce document les chiffres clefs de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne sur la période de 2003 à 2013 en distinguant le secteur hospitalier du secteur non hospitalier, le but étant de mettre en place par la suite de recommandations visant à améliorer l'usage d'antibiotiques et de préserver leur efficacité.

– **Haute autorité de santé (HAS) - contrat - bon usage - médicament - article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale - loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) (www.has-sante.fr) :**

Avis n° 2014.0083/AC/SED du 3 septembre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé concernant le projet de décret relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la sécurité sociale. Ce projet mettant « *en conformité les dispositions réglementaires avec les nouvelles dispositions législatives [...] introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014* », le collège de la HAS exprime un avis favorable.

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

Rapport de la réunion du COMP de l'EMA relative à l'examen des demandes de désignation orpheline. Ce comité chargé d'examiner les demandes de désignations

déposées par des personnes physiques ou morales souhaitant développer des médicaments destinés au traitement de maladies rares, appelés médicaments « orphelins », a rendu en octobre 2014 des avis favorables pour vingt-neuf désignations de médicaments orphelins et a recommandé le maintien du statut orphelin de deux médicaments.

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– **Santé - travail - sécurité - égalité - espace économique européen (EEE)** (J.O.U.E. du 27 novembre 2014) :

Décision n° 136/2014 du Comité mixte de l'EEE en date du 27 juin 2014, modifiant l'annexe XVIII (Santé et sécurité au travail, droit du travail et égalité de traitement des hommes et des femmes) de l'accord EEE.

– **Qualité de l'air - avis - recommandations** (J.O.U.E du 20 novembre 2014) :

Avis n° 2014/C 415/06 du Comité des régions relatif au train de mesures « Air pur pour l'Europe », adopté lors de la 108^{ème} assemblée plénière du 6 au 8 octobre 2014.

Législation interne :

– **Agrément - dispositif de traitement - eau usée domestique** (J.O. du 19 novembre 2014) :

Avis **n° 82** et **n° 83** du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif à l'agrément de dispositifs de traitement des eaux usées domestiques et fiches techniques correspondantes.

Jurisprudence :

– **Accident du travail - maladie professionnelle - allocation d'invalidité - fonctionnaire - indemnisation - articles [L. 27](#) et [L. 28](#) du Code des pensions civiles et militaires** (C.E., 14 novembre 2014, [n° 357999](#)) :

En l'espèce, la requérante avait été victime d'un accident imputable au service. Son état de santé s'étant aggravé, elle a sollicité la réparation des préjudices qu'elle estime avoir subi du fait de son accident de service. Le tribunal administratif de Montreuil a rejeté sa demande, au motif que la requérante ne remplit pas les conditions d'obtention d'une rente d'invalidité prévues par les articles L. 27 et L. 28 du Code des pensions civiles et militaires de retraite et 65 de la loi du 11 janvier 1984. Le Conseil d'Etat censure ce jugement, en tant qu'il rejette les conclusions indemnitaires de la requérante. Pour le juge du Palais-Royal, *« la circonstance que le fonctionnaire victime d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle ne remplit pas les conditions auxquelles les dispositions mentionnées ci-dessus subordonnent l'obtention d'une rente ou d'une allocation temporaire d'invalidité fait obstacle à ce qu'il prétende, au titre de l'obligation de la collectivité qui l'emploie de le garantir contre les risques courus dans l'exercice de ses fonctions, à une indemnité réparant des pertes de revenus ou une incidence professionnelle ; qu'en revanche, elle ne saurait le priver de la possibilité d'obtenir de cette collectivité la réparation de préjudices d'une autre nature, dès lors qu'ils sont directement liés à l'accident ou à la maladie »*.

- Arrêt maladie - perte de traitement - imputabilité - fonctionnaire - condition d'urgence (C.E., ord., 19 novembre 2014, n° [378591](#)) :

La requérante a été placée en arrêt de travail suite à un incident survenu en avril 2007. Peu après sa reprise d'activité, elle fut victime d'une crise nerveuse sur son lieu de travail. Sa demande tendant à ce que soit reconnue l'imputabilité au service de cet incident ayant été rejetée, elle s'est tournée vers le tribunal administratif de Toulouse, qui l'a déboutée. Suite à cette décision, le président de l'université de Toulouse a pris un arrêté visant à réduire puis suspendre son traitement de fonctionnaire. La demande de référé-suspension de la requérante ayant été rejetée, celle-ci se tourne vers le Conseil d'Etat. La Haute juridiction administrative censure l'ordonnance de référé, en ce qu'elle considérait que la requérante ne démontrait pas l'existence d'une situation d'urgence, alors *« [qu'] un agent public qui demande la suspension de l'exécution d'une mesure le privant de sa rémunération n'est pas tenu de fournir de telles précisions à l'appui de sa demande »*.

- Harcèlement moral - appréciation - juge - fonctionnaire (C.E., 19 novembre 2014, n° [365629](#)) :

En l'espèce, un pharmacien hospitalier estime être victime d'un harcèlement moral. Le Conseil d'Etat rappelle quel doit être l'office du juge lorsqu'un agent dépose des conclusions en ce sens : *« pour apprécier si des agissements dont il est allégué qu'ils sont constitutifs d'un harcèlement moral revêtent un tel caractère, le juge administratif doit tenir compte des comportements respectifs de l'agent auquel il est reproché d'avoir exercé de tels agissements et de l'agent qui estime avoir été victime d'un harcèlement moral »*. En revanche, la nature même des agissements en cause exclut que le comportement de la victime puisse atténuer les conséquences dommageables du harcèlement, dès lors

que celui-ci est établi. Faute d'être arrivé à démontrer l'existence du harcèlement moral en question, le pourvoi du requérant est rejeté.

– **Qualité de l'air - directive [2008/50/CE](#) du 21 mai 2008 - question préjudicielle - obligation - Etat membre** (CJUE, 19 novembre 2014, n° [C-404/13](#)) :

La CJUE se prononce sur une question préjudicielle posée par la Supreme Court of the United Kingdom, dans une affaire opposant l'ONG ClientEarth au Secretary of State for Environment, Food and Rural Affairs. L'ONG demandait une rectification des plans de qualité de l'air pour le Royaume-Uni, en application de la directive 2008/50/CE. Il était demandé à la Cour si, dans une zone ou agglomération donnée, les valeurs limites fixées pour le dioxyde d'azote n'ont pas été respectées à l'échéance du 1^{er} janvier 2010, un État membre est tenu, en vertu de [ladite] directive et/ou de l'article 4 TUE, de demander un report de cette échéance. Si oui, dans quelles circonstances (le cas échéant) un État membre peut-il s'exonérer de cette obligation? Enfin, quel devait être le rôle du juge national quant au respect de ces dispositions? La CJUE joint les deux premières questions et estime que : « *cette obligation ne comporte aucune exception* », et estime « *qu'un Etat qui n'aurait pas respecté les valeurs limites de dioxyde d'azote au 1^{er} janvier 2010, sans avoir demandé de report, n'a pas satisfait à ses obligations* ». Pour la CJUE, il appartient à la juridiction nationale compétente, éventuellement saisie, de prendre, à l'égard de l'autorité nationale, toute mesure nécessaire, telle une injonction, afin que cette autorité établisse le plan exigé par ladite directive dans les conditions que celle-ci prévoit ».

– **Accident de service - vaccination - hépatite B - fonctionnaire - antériorité - recrutement** (C.E., 23 juillet 2014, n° [366470](#)) :

La requérante avait dû subir un rappel de vaccination contre l'hépatite B, en vue de son recrutement dans un établissement public hospitalier. Six mois plus tard, elle présenta à l'emplacement de l'injection les symptômes d'une myofasciite entraînant une incapacité permanente partielle de 68%. Si le centre hospitalier a reconnu que la requérante avait été victime d'un accident de service, en revanche la Caisse des dépôts et consignations lui a refusé le bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité, estimant que ses troubles étaient antérieurs à sa prise de fonctions, refus confirmé par le tribunal administratif. Le Conseil d'Etat censure ce jugement, au motif « *qu'en jugeant que le rappel de vaccination contre l'hépatite B. subi par Mme A. [...] deux semaines avant son intégration dans les effectifs du centre médical [...], n'avait pas été réalisé en vue de son recrutement en qualité d'aide-soignante, alors que ce recrutement la soumettait à une obligation vaccinale à laquelle elle devait satisfaire avant son entrée en fonctions, le tribunal administratif a dénaturé les pièces du dossier* ».

– **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) - préjudice d'anxiété - indemnisation - loi [n° 2000-1257](#) du 23 décembre 2000** (Civ. 2eme, 20 novembre 2014, n° [13-26693](#)) :

En l'espèce, la requérante invoque un préjudice spécifique d'anxiété au regard de son exposition prolongée à des poussières d'amiante sur son lieu de travail. En 2011, celle-ci a saisi le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) afin d'obtenir l'indemnisation de ce préjudice. La Cour d'appel ayant déclaré sa demande irrecevable, la requérante a formé un pourvoi devant la Cour de cassation. Elle déclare pour cela qu'elle a travaillé de 1983 à 1987 au sein d'une entreprise qui figure dans la liste établie par arrêté ministériel des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante et qu'elle présente une « *inquiétude permanente face au risque de déclaration à tout moment d'une maladie liée à l'amiante* ». Par ailleurs, elle relève que la Cour d'appel en considérant que le certificat médical n'établissait pas de maladie liée à l'amiante le dénaturait car elle ne prenait pas en compte le fait qu'il mentionnait que l'exposition entraînait une « *anxiété majorée par la peur de contracter les pathologies liées à cette exposition* ». La Cour de cassation rejette le pourvoi de la requérante considérant que l'arrêt de la Cour d'appel « *retient que l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 modifiée qui a créé le FIVA pose comme condition de l'indemnisation des préjudices résultant directement d'une exposition à l'amiante l'existence d'une atteinte à l'état de santé de la victime ; que le compte-rendu de scanner thoracique [de la requérante] conclut à un bilan tomодensitométrique thoracique dans les limites de la normale ; que le certificat médical du 28 avril 2011 produit à l'appui de sa demande indique « qu'il n'y a pas d'atteinte médicale de la maladie liée à l'amiante à ce jour »* ». Aussi, la cour d'appel a pu déduire que la requérante ne justifiait pas subir une atteinte à son état de santé au sens de l'article 53.

Doctrine :

– **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) - accident - travail - maladie professionnelle - situation financière** (www.senat.fr) :

[Rapport](#) de G. Dériot fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2015 (Tome VI : Accidents du travail et maladies professionnelles). Le rapporteur G. Dériot revient sur le thème relatif à la branche accidents du travail et maladie professionnelle et notamment sur la situation financière de la branche AT/MP qui reste fragile malgré la réduction de l'excédent au cours de l'année 2013, ou encore sur le déficit que connaît le Fiva. Ce rapport vise ainsi à présenter les efforts à effectuer et la prévention à renforcer en matière de sinistralité ; « *les excédents peu robustes, fragilisés par une dette qui reste à apurer* », et enfin « *les multiples enjeux soulevés par la prise en compte des risques professionnels par les régimes de base* ».

– **Organisme génétiquement modifié (OGM) - maïs transgénique - arrêté du 14 mars 2014 - suspension (non)** (Note sous C.E. référé, 5 mai 2014, n° [376808](#) et [377133](#)) (Revue Europe, n° 11, novembre 2014) :

Chronique de G. Kalflèche : « *Application du droit de l'Union aux autorités administratives* ». L'auteur revient notamment sur les décisions du Conseil d'Etat du 5 mai 2014 relatives au maïs transgénique. Le ministre de l'agriculture avait pris un arrêté le 14 mars 2014 interdisant l'utilisation, la commercialisation, l'utilisation et la culture des variétés de semences de maïs « issus de la lignée » du MON 810. L'auteur rappelle que « *l'arrêt fait se retrouver des parties qui se connaissent et qui ont déjà épuisé les unes contre les autres des moyens* » en citant des décisions du Conseil d'Etat du 28 novembre 2011, 18 mai 2012 et 1^{er} août 2013, ainsi qu'un arrêt de la CJUE du 8 septembre 2011. En l'espèce, le Conseil d'Etat estime que « *les preuves du caractère grave et immédiat du préjudice que cette décision fait aux requérants ne sont pas apportées, ni individuellement, ni pour l'ensemble de la filière* ». L'auteur s'étonne enfin que, alors que les requérants reprochaient à l'arrêté de méconnaître la jurisprudence du Conseil d'Etat, ce dernier « *refuse de protéger par trop ce qu'il appelle lui-même l'autorité de chose jugée de ses décisions en estimant que les périodes d'interdiction sont différentes et que les circonstances présentées par le ministre sont différentes. Il porte donc une vision très restrictive de l'autorité de chose jugée de ses décisions et refuse d'étendre son pouvoir pour défendre son autorité* ».

– **Accident du travail - maladie professionnelle - allocation d'invalidité - fonctionnaire - indemnisation** (Note sous C.E., 14 novembre 2014, [n° 357999](#)) (AJDA, n° 39, 24 novembre 2014, p. 2221) :

Note de Marie-Christine de Montecler : « *Indemnisation d'un fonctionnaire victime d'un accident de service* ». En l'espèce, la requérante avait été victime en 2005 d'un accident reconnu imputable au service. Ayant perdu par la suite son audition, elle sollicita en vain une indemnisation du ministre de l'éducation nationale, puis devant le TA. Le Conseil d'Etat censure cette décision car, comme le rappelle l'auteure : « *le fait qu'un fonctionnaire victime d'un accident de service ne remplisse pas les conditions d'obtention d'une pension ou d'une allocation temporaire d'invalidité l'empêche de demander à la personne publique qui l'emploie réparation de ses pertes de revenus ou de l'incidence professionnelle de l'accident. Il peut, en revanche, demander à son employeur l'indemnisation de préjudices d'une autre nature* ».

– **Accident de travail - maladie professionnelle - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - employeur - déclaration - article [R. 411-11](#) du Code de la sécurité sociale - prise en charge** (Note sous Cass. Civ. 2^{ème}, 18 septembre 2014, n° [13-21617](#)) (JCP Soc., n° 48, 25 novembre 2014, 1454) :

Commentaire de T. Tauran : « *Remise en cause de la prise en charge d'un accident du travail* ». En l'espèce, un employeur avait émis des réserves à la qualification d'accident du travail d'un de ses salariés, mais son courrier avait été reçu par la CPAM après sa décision, sans instruction, de prise en charge au titre de la législation professionnelle. L'employeur contestait donc cette décision, ses réserves étant selon lui antérieures, la CPAM aurait donc dû en tenir compte, au titre de ses obligations

d'instruction. Pour l'auteur, « cette thèse avait peu de chances d'être retenue étant donné qu'il existe, sur les formulaires de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, une rubrique consacrée aux réserves que l'employeur est susceptible de formuler ». Ainsi, lorsque l'employeur n'est pas en possession, le jour de la déclaration, de tous les éléments, « le meilleur conseil qu'on puisse lui donner est de compléter la déclaration d'accident du travail en indiquant expressément qu'il émet des réserves, fondées sur les ambiguïtés qui entourent la survenance de l'accident ».

– **Santé - sécurité au travail - obligation - employeur - prud'hommes - article L.452-1 du Code de la sécurité sociale** (JCP Soc., n° 48, 25 novembre 2014) :

Etude de A. Bugada : « *L'obligation de sécurité pesant sur l'employeur en matière prud'homale : obligation de moyen ou de résultat ?* ». L'auteur rappelle que l'obligation de sécurité de résultat est « *de création prétorienne* », suite à une interprétation extensive de la responsabilité sur faute inexcusable de l'employeur prévue à l'article L. 452-1 du Code de la sécurité sociale, mais que son application n'est pas uniforme. Pour l'auteur, cette interprétation « *rend tout patron par principe inexcusable dans le rapport d'aliénation qu'il exerce sur le travailleur* ». L'auteur remarque que l'obligation de sécurité est une « *obligation maximale pour l'employeur* » qui aurait « *pour corollaire un pouvoir d'appréciation minimal pour le juge prud'homal* » et conclut en évoquant « *la nécessité de distinguer clairement le contentieux prud'homal du contentieux de la sécurité sociale* » sur la question.

– **Santé - temps partiel - raison thérapeutique** (Sem. Soc., n°1653, 24 novembre 2014) :

Article de M. Caron : « *Le temps partiel pour raison thérapeutique : la dynamique du droit social* ». L'auteure précise que ce type de temps partiel « *est un dispositif dont l'objectif est de favoriser la guérison du salarié dont l'état de santé est gravement fragilisé* » et « *permet une reprise aménagée du travail par une réduction du temps de travail* ». L'auteure détaille également les modalités d'accession à ce temps partiel pour raison thérapeutique, constituées de « *mouvements alternatifs entre les droits du travail et de la sécurité sociale* » et se montre critique vis-à-vis du régime juridique de ce temps partiel « *en l'état actuel, le droit du travail, par le biais du médecin du travail, et le droit de la sécurité sociale, par le biais du médecin conseil, viennent se juxtaposer sans pouvoir être en harmonie* ».

Divers :

– **Institut de veille sanitaire (INVS) - exposition environnementale - champ électromagnétique (CEM) - santé** (www.invs.sante.fr) :

[Note](#) de position de l'Institut de veille sanitaire : « *Expositions environnementales aux champs électromagnétiques et santé* ». Dans cette note, l'INVS dresse un état des lieux des connaissances acquises sur la dangerosité pour la santé des rayonnements des champs électromagnétiques en distinguant les CEM d'extrêmement basses fréquences (CEM-EBF) et les CEM de radiofréquences (CEM-RF) et décrit les actions conduites dans ce domaine.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

– **Autorisation - additif - alimentation animale** (J.O.U.E des 19 et 22 novembre 2014) :

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1249/2014 de la Commission, en date du 21 novembre 2014, concernant l'autorisation de l'inositol en tant qu'additif destiné à l'alimentation des poissons et des crustacés.

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1236/2014 de la Commission du 18 novembre 2014 concernant l'autorisation de la L-valine produite par *Corynebacterium glutamicum* (DSM 25202) en tant qu'additif destiné à l'alimentation de toutes les espèces animales.

– **Autorisation - substance - additif - alimentation animale** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Règlement d'exécution](#) (UE) n° 1230/2014 de la Commission du 17 novembre 2014 concernant l'autorisation du bilysinat de cuivre en tant qu'additif destiné à l'alimentation de toutes les espèces animales.

– **Protection - détection - influenza aviaire** (J.O.U.E des 19 et 27 novembre 2014) :

Décisions d'exécution [2014/833/UE](#) et [2014/834/UE](#) de la Commission en date du 25 novembre 2014 concernant certaines mesures de protection motivées par la détection de l'influenza aviaire hautement pathogène de sous-type H5N8 au Royaume-Uni.

Décisions d'exécution [2014/807/UE](#) et [2014/808/UE](#) de la Commission en date du 17 novembre 2014 concernant certaines mesures de protection provisoires motivées

par la détection de l'influenza aviaire hautement pathogène de sous-type H5 au Royaume-Uni.

– **Programme de travail 2014 - [décision d'exécution](#) 2014/C 166/05 du 27 mai 2014 - programme de travail 2015 - programme de financement - denrée alimentaire - alimentation animale** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Décision d'exécution](#) (2014/C 410/04) de la Commission du 17 novembre 2014 relative à la modification du programme de travail 2014 couvert par la décision d'exécution 2014/C 166/05 de la Commission et à l'adoption d'un programme de travail et d'un financement pour l'année 2015 dans le domaine des denrées alimentaires et des aliments pour animaux afin d'assurer l'application de la législation relative aux denrées alimentaires et aux aliments pour animaux.

– **Modification - décisions [2010/470/UE](#) et [2010/472/UE](#) du 26 août 2010 - police sanitaire - tremblante - échange - importation - embryon d'animal - espèce ovine - caprine** (J.O.U.E du 18 novembre 2014) :

[Décision d'exécution](#) 2014/802/UE de la Commission du 14 novembre 2014 modifiant les décisions 2010/470/UE et 2010/472/UE en ce qui concerne les conditions de police sanitaire relatives à la tremblante pour les échanges et les importations, dans l'Union, d'embryons d'animaux des espèces ovine et caprine.

– **Alimentation animale - préparation - additif - -** (J.O.U.E. du 27 novembre 2014) :

Décisions [n° 113/2014](#), [n° 114/2014](#) et [n° 115/2014](#) du Comité mixte de l'EEE en date du 27 juin 2014, modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) de l'accord EEE.

Décisions [n° 116/2014](#), [n° 117/2014](#) et [n° 118/2014](#) du Comité mixte de l'EEE en date du 27 juin 2014, modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) et l'annexe II (Réglementations techniques, normes, essais et certifications) de l'accord EEE.

Législation interne :

– **Risque sanitaire - prévention - filière bovine** (J.O. du 25 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 14 novembre 2014 modifiant l'arrêté du 28 décembre 2007 constituant un réseau de surveillance et de prévention des risques sanitaires dans la filière bovine dénommé « réseau national des visites sanitaires bovines ».

– **Contrôle vétérinaire - phytosanitaire - denrée animale - poste frontalier-arrêté du 18 mai 2009** (J.O. du 21 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 30 octobre 2014 pris par le ministre des finances et des comptes publics et le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement, modifiant l'arrêté du 18 mai 2009 fixant la liste des postes frontaliers de contrôle vétérinaire et phytosanitaire.

– **Agence nationale du médicament vétérinaire (ANMV) - médicament vétérinaire - suspension - autorisation de mise sur le marché (AMM)** (J.O. du 19 novembre 2014) :

[Avis](#) du Directeur de l'Agence nationale du médicament vétérinaire relatif à l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

[Avis](#) du Directeur de l'Agence nationale du médicament vétérinaire relatif à une abrogation de suspension d'autorisation de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

Jurisprudence :

– **Importation - animaux - recherche - transport - douanes - agrément - question préjudicielle - règlement (CEE) n° 918/83 du Conseil du 28 mars 1983** (CJUE, 20 novembre 2014, n° [C-40/14](#)) :

En l'espèce, une société importait des animaux vivants, destinés à la recherche en laboratoire et bénéficiait d'une franchise des droits de douane à ce titre. Pour l'administration des douanes, la société n'étant pas agréée et n'ayant pas pour activité l'enseignement et la recherche scientifique, ne pouvait prétendre à cette franchise. La Cour de cassation, saisie d'un pourvoi, demande à la CJUE si un importateur d'animaux spécialement préparés pour être utilisés en laboratoire peut bénéficier de la franchise de droits à l'importation, lorsqu'il n'est pas lui-même un établissement public, d'utilité publique, ou privé agréé, mais a pour clients des établissements remplissant ces conditions : A titre subsidiaire, la Cour de cassation demande si des cages servant au transport d'animaux vivants destinés à la recherche relèvent de la catégorie des emballages au regard du droit de l'Union. Pour la CJUE, l'article 60 du règlement n° 918/83 : « *doit être interprété en ce sens que, si les animaux spécialement préparés pour être utilisés en laboratoire qu'un importateur fait entrer sur le territoire de l'Union sont destinés à un établissement public ou d'utilité publique, ou privé agréé, ayant pour activité principale l'enseignement ou la recherche scientifique, cet importateur, bien qu'il ne soit pas lui-même un tel établissement, peut bénéficier de la franchise de droits à l'importation prévue à cet article pour ce type de marchandise* ». En

revanche, « des cages servant au transport d'animaux vivants destinés à la recherche en laboratoire ne relèvent pas de la catégorie des emballages qui doivent être classés avec les marchandises qu'ils contiennent ».

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

– **Contrat - assurance maladie - complémentaire - aide fiscale** (J.O. du 19 novembre 2014) :

[Décret](#) n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 pris par le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

– **Sécurité sociale - entraide administrative - coopération** (J.O. du 16 novembre 2014) :

[Décret](#) n° 2014-1362 du 13 novembre 2014 portant publication de l'accord sous forme d'échange de lettres entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale (ensemble une annexe), signées à Paris le 11 avril 2011 et à Luxembourg le 17 juin 2011.

– **Dépense - assurance maladie - établissement - article [L. 314-3-3](#) du Code de l'action sociale et des familles** (J.O. du 21 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 12 novembre 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, fixant pour l'année 2014 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-3 du Code de l'action sociale et des familles.

– **Assurance maladie - ressources - service de santé des armées - activité déclarée - juillet 2014** (B.O. du 15 novembre 2014) :

[Arrêté](#) du 29 septembre 2014, pris par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre des finances et 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 juillet 2014.

– **Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) - acte - prestation - prise en charge** (J.O. du 18 novembre 2014) :

[Décision](#) du 9 septembre 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Jurisprudence :

– **Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) - entreprise pharmaceutique - contribution - assiette - remise - sanction - articles [L. 138-10](#), [L. 245-1](#), [L.245-2](#) et [L. 245-6](#) anciens du Code de la sécurité sociale** (Civ.2^{ème}, 6 novembre 2014, n° [13-26568](#)) :

A la suite d'un contrôle, l'URSSAF a procédé au redressement des bases de la contribution sur le chiffre d'affaires d'entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques, dont la société défenderesse. Cette dernière avait obtenu gain de cause en appel, au motif qu'elle bénéficiait d'une remise accordée par une convention conclue avec le Comité économique des produits de santé. La Cour de cassation censure l'arrêt car, selon la Cour : « *la remise versée par une entreprise pharmaceutique en raison du non-respect des engagements de la convention souscrite avec le Comité économique des produits de santé ne revêt pas le caractère d'une remise accordée par l'entreprise, mais d'une sanction financière* ». D'autre part, la Haute juridiction accueille le pourvoi incident de la société, notamment le moyen selon lequel les charges comptabilisées au titre des frais de prospection et d'information des praticiens n'entrent dans l'assiette de la contribution instituée par l'article L. 245-1 du Code de la sécurité sociale. Pour la Cour en effet : « *Le représentant de l'entreprise pharmaceutique est tenu, lors de la présentation verbale d'un médicament, de remettre en mains propres au professionnel de santé une notice comportant, notamment, la posologie, de sorte que les frais afférents à celle-ci ne constituent pas des frais de prospection et d'information au sens des articles L.245-1 et L.245-2 du Code de la sécurité sociale* ».

Doctrine :

– **Projet loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) - rapport** (www.assembleenationale.fr) :

[Rapport](#) présenté par O. Véran, G. Bapt, M. Pinville, M. Issindou, D. Jacquat et M.-F. Clergeau, au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi, modifié

par le Sénat, de financement de la sécurité sociale. Les auteurs détaillent les dispositions adoptées en termes identiques par les deux assemblées, notamment l'article 29 « *instaurant le tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS)* » et l'article 50 « *prévoyant la réparation par l'ONIAM des dommages imputables aux seuls actes de soins à finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructive* ». Enfin, le rapport expose les dispositions relatives à l'exercice 2014, ainsi que les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2015.

Divers :

– **Reste à charge - remboursement - audioprothèse - fauteuil roulant électrique** (www.santeclair.fr) :

Etude réalisée par l'association Bucodes-Surdifrance pour l'Observatoire citoyen du reste à charge : « *Le reste à charge en audioprothèse* ». Cette étude fait état de nombreux dysfonctionnements dans la prise en charge de l'audioprothèse. Partant du constat que les malentendants sont sous-équipés, l'Observatoire présente ensuite les différents prix et taux de remboursements applicables aux audioprothèses. L'analyse de ces données fait apparaître que les audioprothèses restent mal remboursées par rapport à d'autres dispositifs médicaux.

Etude réalisée par l'association AFM-Téléthon : « *Fauteuils roulants électriques, les restants à charge pour les familles* ». Cette étude constate que malgré la loi de 2005, la part des financements légaux ne couvre pas l'ensemble des besoins. Seulement un tiers des familles ont un restant à charge nul. Cette étude témoigne également de fortes inégalités dans le montant des restants à charge, les fauteuils bénéficiant majoritairement de l'intervention d'une mutuelle.

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'Ecole 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 2 décembre 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.