

VEILLE JURIDIQUE BI-MENSUELLE DE L'INSTITUT DROIT ET SANTÉ

Évolutions législatives, jurisprudentielles et doctrinales
n°265 – du 15 au 31 octobre 2017

L'Institut Droit et Santé a le plaisir de vous inviter à débattre dans le cadre des *Entretiens Droit et Santé* avec le **Pr Paul Atlan**, gynécologue et psychiatre, le **30 novembre 2017 de 18h à 19h30** à l'Université Paris Descartes sur le thème :

« *Religion et prise en charge du patient : droit et éthique* »

Pour vous inscrire, cliquez [ici](#).

L'Institut Droit et Santé vous rappelle le début imminent de la **formation « Contentieux Médical »**.

Les inscriptions sont ouvertes jusqu'au 30 décembre, mais les cours sont accessibles début octobre. Cette formation aboutit à l'obtention d'un diplôme universitaire (DU).

Pour plus d'information, cliquez [ici](#).

SOMMAIRE

1 –	Organisation, santé publique et sécurité sanitaire.....	2
2 –	Bioéthique et droits des usagers du système de santé	5
3 –	Personnels de santé	10
4 –	Établissements de santé	14
5 –	Politiques et structures médico-sociales.....	15
6 –	Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires	16
7 –	Santé environnementale et santé au travail.....	22
8 –	Santé animale	26
9 –	Protection sociale : maladie	27
10 –	Protection sociale : famille, retraites.....	30

1 – ORGANISATION, SANTÉ PUBLIQUE ET SECURITÉ SANITAIRE

■ Législation :

◇ Législation interne :

Loi – ratification – ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 (J.O. du 23 octobre 2017) :

Loi n° 2017-1487 du 23 octobre 2017 ratifiant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1).

Prévention – lutte – pauvreté – enfants – jeunes (J.O. du 24 octobre 2017) :

Décret n° 2017-1488 du 23 octobre 2017 instituant un délégué interministériel à la prévention et à la lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes.

Organisation – direction des finances – gestion budgétaire (J.O. du 19 octobre 2017) :

Arrêté du 12 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale et la ministre des sports, portant modification de l'organisation de la direction des finances, des achats et des services en sous-directions et en bureaux.

Projet de stratégie nationale de santé – consultation (J.O. du 29 octobre 2017) :

Arrêté du 26 octobre 2017 relatif à la consultation du public sur le projet de stratégie nationale de santé.

■ Doctrine :

Loi de financement de la sécurité sociale – orientations (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.10) :

Note de K. Haroun « *Coup d'envoi du PLFSS 2018* ». L'auteur présente ici brièvement les principales dispositions du PLFSS 2018 débattue à la fin de l'année au parlement. Il s'attarde particulièrement sur l'extension de l'obligation vaccinale à 11 vaccins obligatoires, la généralisation de la télémédecine par sa sortie du cadre juridique expérimental, la régulation de la liste des produits et prestations, ainsi que les diverses dispositions relatives au numérique dans le secteur de la santé.

Lutte – dopage – contrôle – opposition (Jurisport, octobre 2017, n°179, p.8) :

Note de J. Mondou « *Lutte contre le dopage : un entraîneur s'oppose par écrit à un contrôle antidopage* ». L'auteur revient dans cet article sur l'opposition d'un entraîneur aux prélèvements de ses sportifs, invoquant le non respect du délai d'attente obligatoire post activité physique. Relaxé par l'organe disciplinaire de la Fédération Française de natation en première instance, l'Agence française de lutte contre le dopage saisie en appel annule la décision de première instance et prononce une sanction à l'encontre de l'entraîneur. Ce dernier saisit le juge des référés du Conseil d'Etat en vue d'obtenir la suspension de cette décision. L'auteur détaille ici le raisonnement juridique suivi par la haute juridiction administrative avant de conclure par la nécessité pour la haute juridiction de statuer au fond sur le fait que le simple fait pour un entraîneur d'exprimer oralement sa volonté de s'opposer au contrôle et de signer un procès-verbal en ce sens constitue une opposition à un contrôle qui empêcherait effectivement

les préleveurs d'accomplir leur mission

Politique de santé – santé mentale – prévention (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.7) :

Note de M. Couturier « *La nouvelle politique de santé mentale finalisée* ». L'auteur revient sur la publication du décret d'application de l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 relative à la politique de santé mentale. Il envisage notamment les objectifs du projet territorial de santé mentale instauré par la loi, ainsi que sur les précisions apportées par le décret relatives à sa mise en œuvre, fixant des priorités essentielles telles que l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques ou encore l'organisation de parcours de santé sans rupture pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques. De la même manière l'auteur souligne sur les précisions apportées par le décret quant à l'élaboration du diagnostic territorial partagé.

Vaccination obligatoire – santé publique – liberté de conscience (Revue Juridique Personnes et Famille, octobre 2017, n°10) :

Note de A. Cheynet de Beaupré « *11 vaccinations obligatoire : le vaillant petit piqueur...* ». Dans cette note, l'auteur revient sur l'extension de l'obligation vaccinale de 3 à 11 vaccins. Après avoir rappelé le contexte politique et social de la décision de la ministre de la santé, ainsi que les différentes pistes envisagées concernant la question de l'obligatorité, l'auteur dresse un rapide panorama des différents arguments invoqués par les parties prenantes au débat.

Compétences – juridictions d'aide sociale – loi du 18 novembre 2016 (RDSS, octobre 2017, n°5, p.905) :

Note de M. Levy « *Le transfert à la découpe des compétences des juridictions d'aide sociale par la loi du 18 novembre 2016 portant modernisation de la justice du 21^e siècle* ». L'auteur revient ici sur la disparition progressive des juridictions administratives d'aide sociale à la suite de décisions émanant du Conseil d'Etat et du Conseil Constitutionnel constatant l'inconventionnalité et l'inconstitutionnalité des dispositions législatives les organisant. Il effectue ensuite une analyse des dispositions retenues dans la loi du 18 novembre 2016 portant modernisation de la justice relatives au contentieux de l'aide sociale, considérant que leur traitement est « à la fois trop tardif et trop précipité », conduisant à l'adoption de dispositions suscitant l'interrogation chez les différents acteurs concernés et au sein d'une partie de la doctrine juridique

Sectorisation – psychiatrie – organisation – soins (RDSS, octobre 2017, n°5, p.890) :

Note de M. Dupont « *Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ?* ». Les auteurs reviennent ici sur les modifications apportées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 à l'organisation des soins psychiatriques. Cette organisation reposant sur la sectorisation, les nouvelles dispositions législatives introduisent une territorialisation plus étendue, ainsi qu'une organisation nouvelle graduée, afin de garantir une meilleure prise en charge pluridisciplinaire des personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Après être revenus sur l'historique et l'organisation de la sectorisation du secteur psychiatrique, les auteurs détaillent les nouvelles dispositions législatives telles que les modifications concernant le projet territorial de santé mentale et le rôle des Agences Régionales de Santé, les dispositions relatives à la coordination des soins pour les patients atteints de pathologies psychiatriques ou encore la plus grande liberté accordée aux établissements dans la détermination des « territoires de proximité » psychiatriques.

■ Divers :**Bulletin officiel – Ministère des solidarités et de la santé** (www.solidarites-sante.gouv.fr) :

Le 15 octobre 2017, le Ministère des solidarités et de la santé a publié son **Bulletin Officiel** « Santé – Protection sociale – Solidarité ». Ce bulletin est un recueil des actualités législatives relatives à la santé et la protection sociale.

Épidémiologie – grippe – prévention (BEH, octobre 2017, n°22, p.466) :

Au sommaire de la revue *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* figure les articles suivants :

- Équipe de surveillance de la grippe « *Surveillance de la grippe en France, saison 2016-2017* ».
- S. Chyderiotis et coll. « *Perceptions et comportements des 65-75 ans vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière en France en 2016* ».
- C. Ménard et coll. « *Pratiques d'hygiène et prévention des infections respiratoires de l'hiver : résultats du Baromètre santé 2016* ».

Diagnostic – autisme – sexe féminin – AFFA (association francophone de femmes autistes) (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°566 de Mme la députée M. de Sarnez. Dans cette question écrite, M. de Sarnez demande à la Ministre de la santé une meilleure prise en compte de la problématique de l'autisme chez les filles, faisant l'objet d'un sous diagnostic. Elle lui demande de prendre en compte cette problématique dans l'établissement du quatrième plan autisme, actuellement en cours de concertation, et d'œuvrer pour adapter les critères de diagnostic et les techniques de détection des troubles autistiques au public féminin. La Ministre de la santé détaille ici les conditions d'élaboration de ce plan autisme, et les différents acteurs impliqués devant conduire à la prise en compte des problématiques soulevées.

Cancers – pédiatrie – perte d'un enfant – financement des parents (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1908 de M. le député A. Viala. Dans cette question écrite, le député A. Viala demande à la Ministre de la Santé des précisions relatives aux dispositions que le gouvernement souhaite mettre en place afin de développer l'oncopédiatrie et la prise en charge de la douleur des jeunes enfants atteints de maladies cancéreuses. La Ministre détaille en réponse les dispositions du plan cancer portant sur les jeunes enfants, aussi bien en matière de prévention que de prise en charge curative ou palliative.

Stérilisation définitive – implant « Essure » - protocole de retrait (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1816 de M. le député D. Le Gac. Le Député D. Le Gac interroge ici publiquement la ministre de la santé à propos de l'arrêt de la commercialisation d'implants contraceptifs à visée de stérilisation définitive par le laboratoire Bayer, s'inquiétant de l'absence de protocole de retrait de ces implants vis-à-vis des femmes en ayant bénéficié. La Ministre revient sur le retrait du marché de ces produits, les rappels ayant été effectués par le laboratoire concernant les stocks de ces produits, ainsi que l'absence de recommandations de retrait des dispositifs implantés par les sociétés savantes.

Vieillesse – sociale – IGAS – volet « domicile » (www.igas.gouv.fr) :

Rapport de l'IGAS n°2017-004R intitulé « *Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile* ». L'IGAS publie un rapport portant sur la mission d'évaluation de la mise en œuvre du volet domicile de la loi d'adaptation de la société au vieillissement

du 28 décembre 2015 confiée par les ministres de la santé et de l'intérieur. Dans ce rapport, l'IGAS revient notamment sur les difficultés de mise en œuvre de la revalorisation financière de l'allocation personnes âgées, la réforme juridique des services d'aide et d'accompagnement à la demande, ainsi que les problématiques posées par leurs financements. La mission effectuée également une série de 14 recommandations afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées à domicile par les services administratifs concernés.

2 – BIOÉTHIQUE ET DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Associations – représentants d'usagers – instances hospitalières – santé publique (J.O. du 18 octobre 2017) :

Arrêté du 9 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, portant agrément et renouvellement d'agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Label – droits des usagers – droits des patients (www.circulaire.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGOS/SR3/DGS/ DDUAJE /DGCS/2A/2017/290 du 5 octobre 2017 relative à l'édition 2018 du label et concours « droits des usagers de la santé ».

■ Jurisprudence :

Exposition in utero – DES (diéthylstilbestrol) – préjudice d'anxiété – indemnisation (Cass., 2^{ème} civ., 8 juin 2017, n°16-19185) :

Dans cette affaire dite du Distilbène, la Cour doit répondre à la question de savoir si le laboratoire pharmaceutique est tenu d'assumer toutes les conséquences financières du fait de la stérilité de la victime dont la cause est la prise du distilbène – à savoir les frais exposés pour l'adoption d'un enfant. La Cour censure l'arrêt d'appel sur le visa du principe de la réparation intégrale dans la mesure où celle-ci n'avait prononcé qu'une indemnisation partielle au motif que la démarche d'adoption d'un enfant était « un choix personnel [lequel ne pouvait] être considéré seulement comme une conséquence de l'impossibilité d'une procréation ». D'après la Cour, « cette impossibilité de procréer avait été source de souffrances morales, ce dont il résultait que le recours à l'adoption était la conséquence directe de la faute de la société ». Toujours sous le même visa, la Cour censure l'arrêt d'appel dès lors qu'elle a écarté l'indemnisation du préjudice moral du père de la victime du distilbène alors qu'elle avait constaté qu'il était témoin de la souffrance de sa fille, laquelle souffrance avait une importance « évaluée à 3 sur une échelle de 7 dans sa composante physique et à 4 dans sa composante psychique ». L'arrêt est notamment censuré parce que la cour d'appel n'a pas répondu aux conclusions qui faisaient valoir une perte de libido due à l'infertilité ; la cour avait seulement retenu que l'impossibilité de procréer avait été réparée dans le cadre du déficit fonctionnel permanent.

■ Doctrine :

Contamination transfusionnelle – ONIAM – preuve (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 20 septembre 2017, n°16-23451) (Gazette du Palais, octobre 2017, n°34, p.32) :

Note de C. Berlaud « *Contamination par le virus de l'hépatite C : responsabilité et assurance* ». L'auteur s'intéresse à un récent arrêt de la Cour de cassation relatif aux contaminations post transfusionnelles par le virus de l'hépatite C. Il rappelle l'article 102 de la loi du 4 mars 2002 qui aménage les règles de preuve en la matière. En effet il appartient aux personnes contaminées d'apporter des éléments permettant de présumer l'origine transfusionnelle de la contamination, charge ensuite à l'établissement incriminé de prouver que cette transfusion n'est pas à l'origine de la contamination pour ne pas voir sa responsabilité engagée. Comme le souligne l'auteur le présent arrêt a un intérêt particulier en ce qu'il traite du sort de cet aménagement de la charge de la preuve dans le cadre du recours subrogatoire de l'ONIAM dirigé contre l'assureur de l'établissement de transfusion sanguine. En effet pour la Cour d'appel, « *la présomption simple d'imputabilité édictée au profit de la victime par l'article 102 de la loi du 4 mars 2002 ne bénéficie pas à l'ONIAM qui doit rapporter la preuve de la responsabilité du CDTS* ». Ce raisonnement est censuré par la Haute juridiction. L'ONIAM dispose dans le cadre de son recours subrogatoire de la même présomption que la victime de l'accident transfusionnel.

Données de santé – condamnation – médecin – traitement sans autorisation (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.5) :

Note de C. Bourgeois-Bonnardot « *Données de santé : un médecin condamné pour mise en œuvre d'un traitement sans autorisation* ». Prenant comme prétexte la condamnation au cours du mois de juin 2017 d'un médecin à 5.000€ d'amende par le Tribunal de grande instance de Marseille, pour avoir mis en œuvre un traitement automatisé des données sans autorisation préalable de la CNIL, l'auteur met en relief dans cet article ce qu'il considère être « *une faille de taille dans la réglementation relative à l'hébergement des données de santé* ». Le praticien hospitalier condamné avait mis en œuvre auprès d'un prestataire informatique tiers à l'hôpital une base de données comprenant des informations relatives à la santé de ses patients. L'un d'entre eux s'est par la suite aperçu au détour d'une recherche sur un moteur de recherche que ces données étaient librement accessibles et modifiables sur internet. Ces données étaient hébergées auprès d'un hébergeur non agréé pour l'hébergement de données de santé et sans l'autorisation requise de la CNIL. Si l'auteur ne s'étonne pas de la condamnation du médecin sur le fondement de la violation du secret médical, elle regrette que ni le responsable de la Direction des Services Informatiques (DSI) de l'hôpital, ni le prestataire informatique n'aient vu leur responsabilité pénale engagée. L'auteur met ainsi en relief que si la DSI de l'hôpital est soumise à « *une obligation de vigilance particulière* » la preuve de son manquement est en pratique difficile à mettre en œuvre. S'agissant du prestataire, il regrette que l'hébergeur pourtant soumis à une procédure d'agrément du ministère de la Santé pour être autorisé à héberger des données de santé, ne subisse aucune sanction en cas de manquement à cette obligation.

Certificat médical circonstancié – absence de l'intéressé – protection judiciaire (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 20 avril 2017, n°16-17672) (Defrénois, octobre 2017, n°22, p.29) :

Note de J. Combret « *Ouverture de la mesure et certificat médical circonstancié* ». A travers cet article, l'auteur salue une évolution de la jurisprudence en matière de certificat médical circonstancié dans le cadre de la mise en place d'un régime de protection judiciaire. Pour rappel la mise en œuvre d'un tel régime de protection est subordonnée à l'existence d'un certificat médical précisant l'état de santé de la personne visée et justifiant dans quelle mesure la mise en œuvre de cette protection est nécessaire. Si la Haute juridiction maintient l'impérativité de ce certificat, elle apporte une solution que l'auteur juge « *pragmatique* » lorsque la personne à protéger refuse de se rendre à l'examen médical où son état va être évalué. Dorénavant la Cour de cassation juge que « *le certificat circonstancié peut être établi sur pièces médicales, en cas de carence de l'intéressé* ». Dès lors les proches d'une personne nécessitant

la mise en place d'une mesure de protection ne seront plus bloqués dans leurs démarches et la mesure pourra être ordonnée par le juge sur la base de ce certificat établi sur pièce.

Arrêt – suspension – traitements – fin de vie – enfant (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.4) :

Note de D. Vigneau « *Arrêt de traitement et fin de vie d'un enfant : le début d'un long fleuve judiciaire peu tranquille ?* ». L'auteur s'intéresse dans cette note à la récente ordonnance du juge des référés du Tribunal administratif de Nancy en date du 14 septembre 2017. Cette ordonnance fait suite à la mise en œuvre de la nouvelle procédure médicale dans le cas de l'arrêt d'un traitement susceptible de provoquer la mort. La famille du patient concerné a demandé et obtenu du juge des référés la suspension de la décision de l'équipe médicale et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. L'auteur souligne que cette décision est une illustration « *du décalage existant entre une procédure médicale d'arrêt des traitements devant emporter la vie d'une personne qui tend à s'installer comme une pratique hospitalière parmi d'autres et la perception que peuvent s'en faire les familles, spécialement les parents lorsque la personne exposée à un arrêt des traitements est leur enfant.* »

Relation de soins – soignant-soigné – vérité – information (Éthique et Santé, octobre 2017, n°14, p.151) :

Note de E. Lemoine et P. Vassal « *La relation de soin à l'épreuve du mensonge* ». Les auteurs reviennent sur le principe déontologique du médecin de fournir une information claire, loyale et appropriée au patient et la place du mensonge face à ce principe. Ils abordent ainsi la question du mensonge, au niveau historique, du point de vue juridique et dans la relation de soins. Ils concluent qu'on se trouve en présence d'un paradoxe : « *le légal qui incite à la transparence mais qui permet de ne pas tout dévoiler, le médical qui tente de saisir le "kairos" de l'annonce (ceci impliquant parfois la non-divulgaration d'informations) et le social qui prône l'information et l'autonomie totale* » et que la question à se poser n'est pas de savoir ce qu'il faut dire mais comment le dire.

Défaut d'information – préjudice – perte de chance (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 22 juillet 2017, n°16-21141) (Responsabilité civile et assurance, octobre 2017, n°10, p.251) :

Note de S. Hocquet-Berg « *Défaut d'information : distinction des préjudices* ». L'auteur revient sur un arrêt de juillet 2017 dans lequel la Cour de cassation réaffirme la possibilité de cumul de l'indemnisation au titre de la perte de chance et au titre du préjudice d'impréparation. En l'espèce il s'agissait d'un patient victime d'un AVC après avoir subi une sclérothérapie. La victime a saisi l'ONIAM d'une procédure de règlement amiable, et la Commission a retenu l'accident médical. Ainsi, l'ONIAM a exercé une action subrogatoire à l'encontre du médecin qui avait pratiqué l'acte. L'auteur précise que cet arrêt « *apporte d'utiles précisions sur l'autonomie du préjudice d'impréparation par rapport au préjudice de perte de chance* ».

Soins palliatifs – écologie palliative – gestion de la fin de vie (Éthique et Santé, octobre 2017, n°14, p.174) :

Note de B. Sardin « *Conditions pour le maintien d'un écosystème palliatif et l'émergence d'une "écologie palliative" ?* ». L'auteur aborde la question des soins palliatifs et de la place qu'ils occupent pour les médecins, les patients, la famille et les équipes soignantes. Ainsi, elle propose de « *revaloriser l'image des soins palliatifs* », d'en redéfinir la notion et les missions qui en découlent, de déterminer la place et le rôle des ARS et d'envisager la prise en charge de proximité des soins palliatifs. L'auteur conclut que les soins palliatifs doivent faire partie d'une « *écologie palliative* » qui a pour objectif de « *dépasser le cloisonnement séculaire* » et de rendre les intervenants aux soins palliatifs « *responsables, subsidiaires, interdépendants et interactifs* ».

Thanatopraxie – VIH – discrimination (Revue Juridique Personnes et Famille, octobre 2017, n°10) :

Note de A. Cheynet de Beaupré « *Thanatopraxie : y-a-t-il un VIH après la mort ?* ». À la suite d'un arrêté du 12 juillet 2017, autorisant les opérations funéraires sur des personnes ayant contracté le VIH ou autres virus hépatique, le syndicat professionnel des thanatopracteurs en demande la suppression. L'auteur précise que cette demande de suppression a « *déclenché un conflit* » entre le syndicat et les associations de lutte contre le SIDA. L'auteur tente d'apporter un éclaircissement sur la question de discrimination soulevée par les associations et sur la réalité médicale de risque de contamination post-mortem du VIH. Elle conclut que « *les thanatopracteurs interviennent donc régulièrement sur les corps de personnes non signalées comme porteuses du VIH. Les associations en déduiront la "preuve" que le nouveau texte ne fait pas courir plus de risques aux professionnels, les seconds dénonceront que non avertis ils ne sont pas conduits à mieux se protéger face de ces corps potentiellement transmetteurs...* ».

Obstétrique – violences – droits des femmes – responsabilité civile – déontologique (RDSS, octobre 2017, n°5, p.867) :

Note de D. Roman « *Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques* ». Face à ce problème devenu sujet d'actualité, l'auteur aborde « *l'humanisation des naissances* » et la « *dénonciation des violences obstétricales* ». En effet, l'auteur précise qu'un accouchement « *humanisé* » consacre une dimension plus psychologique, en insistant sur le respect de l'intimité et de la volonté de la femme et préconise que le personnel médical ait un « *accompagnement bienveillant* ». Comme le souligne l'auteur, la notion des violences obstétricales est récente, mais ne fait que rejoindre la thématique des violences institutionnelles. Ainsi, la promotion de la bienveillance, le changement de culture professionnelle et les contraintes budgétaires pourraient « *affecter la qualité des soins* ». Enfin, l'auteur aborde les enjeux juridiques face à ces violences, en proposant tout d'abord une définition : « *constitue une violence obstétricale tout acte, positif ou négatif, commis par le personnel de santé à l'encontre d'une femme enceinte ou d'une parturiente, portant atteinte à son intégrité physique ou psychologique et soit qui n'est pas justifié médicalement, compte tenu des informations disponibles à la date de l'acte, soit qui est réalisé sans son consentement libre et éclairé* ».

Art médical – doctrine des droits de l'homme – malade-patient – patient co-acteur (Éthique et Santé, octobre 2017, n°14, p.145) :

Note de C. Hazif-Thomas et J.Y. Le Reste « *Appliquer à l'art médical la doctrine des 'Droits de l'Homme' : du malade patient au patient co-acteur* ». L'auteur aborde ici la question du consentement des patients, celui des personnes vulnérables qui ne sont pas en capacité de consentir mais cependant non « *dépourvues de toute volonté autonome* ». Il établit un parallèle entre le « *moment 1900* » (théorisé par Bergson), le « *moment 1940* » (création du consentement dans la relation de soin) et le « *moment du soin* » (consécration du consentement avec le développement des Droits de l'Homme). L'auteur conclut en précisant que « *seul le changement en profondeur de nos comportements de santé peut induire un bon usage des soins* » et ainsi permettre au patient de devenir co-acteur de son parcours de soins.

Éthique du soins – étude comparée – France-Québec (Éthique et Santé, octobre 2017, n°14, p.138) :

Note de M. Le Sommer-Péré, J.A. Gagnon et B. Stiegler « *Réflexion interdisciplinaire et interculturelle sur l'éthique du soin : l'expérience d'échanges France-Québec (2009-2015)* ». À la suite de séminaires, les auteurs ont élaboré un rapport offrant une analyse des repères éthique de santé entre la France et le Québec. Tout d'abord, ils essaient de répondre à la problématique de savoir comment dans notre société où « *la maladie est privée et la santé publique* » peut-on permettre une universalité de l'accès aux soins tout en respectant l'individualité de chacun ? Ensuite, ils précisent l'importance d'une « *éthique narrative* », c'est-à-dire une limpide collaboration interdisciplinaire pour permettre la meilleure prise en charge. Enfin, ils abordent les limites de « *l'institutionnalisation de l'éthique* », car pour arriver à cela, il est nécessaire d'établir un « *étroit partenariat institutionnel qui reste tributaire de la* ».

hiérarchisation des priorités du moment, fonction des orientations politiques ». Les auteurs proposent en conclusion quatre résolutions pour permettre la garantie « *de soins respectueux et personnalisés, attentifs à la souffrance de l'autre* ».

Exposition in utero – lien de causalité – préjudice réparable – infertilité (Note sous Cass., 2^{ème} civ., 8 juin 2017, n°16-19185) (Gazette du Palais, octobre 2017, n°34, p.25) :

Note de S. Gerry-Vernières « *Exposition in utero au distilbène : lien de causalité et préjudices réparables* ». L'auteur s'intéresse dans cet article à l'arrêt du 8 juin 2017 de la Cour de cassation et souligne deux points d'intérêts dans ce dernier. L'arrêt apporte en effet d'une part des précisions sur les modalités permettant au juge de retenir un lien de causalité entre une exposition *in utero* au distilbène et l'infertilité postérieure du fœtus devenu adulte. Ainsi que des précisions sur l'étendue des préjudices indemnisables ou non au titre de cette exposition d'autre part. Ainsi comme le souligne l'auteur, la Cour de cassation a dans cet arrêt examiné tour à tour les différents postes de préjudice pour apprécier s'ils étaient ou non indemnisables. La Haute juridiction rejette le préjudice d'établissement ainsi que le préjudice d'anxiété. En revanche elle juge, contrairement à la Cour d'appel, indemnisable le préjudice sexuel de la victime, le préjudice moral du père de la victime témoin de la souffrance de sa fille stérile, ainsi que l'intégralité des frais avancés par la victime dans le cadre de la procédure d'adoption engagée par elle pour fonder une famille malgré sa stérilité. Comme le conclut l'auteur, « *Ainsi se précisent, au fil du temps, les contours des préjudices réparables des victimes du distilbène. Pas à pas, les juges s'attachent à identifier les postes de préjudice et à mesurer leur lien de causalité avec le fait générateur.* »

■ **Divers :**

Santé des mineurs – refus de traitement – atteinte – liberté fondamentale (Revue Juridique Personnes et Famille, octobre 2017, n°10) :

Dans la *Section Brèves* de la Revue juridique Personnes et Famille figure un article intitulé « *Santé des mineurs et limite des prérogatives parentales* ». Cet article revient sur la décision du Conseil d'État du 26 juillet dernier (CE, 26 juillet 2017, n°412618) qui précise que les parents sont certes habilités à prendre les décisions médicales concernant leur enfant, mais le choix des traitements doit être laissé au corps médical. Ainsi, la demande des parents au juge d'enjoindre à l'équipe médicale de pratiquer une chimiothérapie sur leur enfant ne peut être retenue. En effet, « *il n'appartient pas au juge des référés d'imposer à l'équipe médicale un traitement autre que celui qu'elle préconise* ».

CCNE – avis – santé – migrants – exigences éthiques (www.ccne-ethique.fr) :

Avis n°127 du CCNE rendu le 16 octobre 2017, rédigé par C. Basset et coll « *Santé des migrants et exigence éthique* ». Le CCNE dans le présent avis s'intéresse aux problématiques engendrées en matière de santé publique par l'accueil massif de migrants sur le sol français. Après avoir souligné la singularité de son approche qui se veut dénuée de toute vision partisane ou politique le Conseil rappelle que l'accueil dans de bonnes conditions est une « *exigence éthique de la solidarité qui s'exprime dans la fraternité* » chère à notre pays. Le Conseil souligne « *qu'il n'existe aucune difficulté insurmontable dans une prise en charge acceptable des migrants* ». Enfin il fait part de son inquiétude quant à l'instrumentalisation de la santé des migrants, il constate en effet que pour certains le maintien dans de mauvaises conditions sanitaires des migrants est vue comme un « *outil de refoulement* » ou une mesure préventive pour éviter tout « *appel d'air* » qui encouragerait de nouveaux migrants à vouloir s'installer sur le sol français.

3 – PERSONNELS DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Prime d'exercice territorial – personnels médicaux – odontologiques – pharmaceutiques (J.O. du 18 octobre 2017) :

Arrêté du 16 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, modifiant l'arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Rémunération – frais de déplacement – commission d'examen (J.O. du 19 octobre 2017) :

Arrêté du 12 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, relatif au montant de la rémunération et au remboursement des frais de déplacement et de séjour de la personnalité qualifiée membre de la commission chargée de l'examen de la situation des personnes ne pouvant attester de la reconnaissance administrative de l'incapacité permanente requise pour la retraite anticipée des assurés handicapés.

Rémunération – professionnels de santé libéraux – mesures d'urgence – Saint-Barthélemy – Saint-Martin (J.O. du 20 octobre 2017) :

Arrêté du 17 octobre 2017 relatif à la rémunération des professionnels de santé libéraux participant aux mesures d'urgence mises en œuvre à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

Personnel – conseillers – action sociale des administrations (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 10 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des sports, fixant le nombre d'emplois de conseiller pour l'action sociale des administrations relevant des ministères chargés des solidarités et de la santé, du travail et des sports.

Arrêté du 10 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail et la ministre des sports, fixant la liste des emplois de conseiller pour l'action sociale des administrations relevant des ministères chargés des solidarités et de la santé, du travail et des sports.

Mobilisation – réserve sanitaire – Madagascar (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 19 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

Examen – professionnel – technicien sanitaire en chef – prévention santé-environnement (J.O. du 24 octobre 2017) :

Arrêté du 17 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, fixant au titre de l'année 2018 le nombre de postes offerts à l'examen professionnel pour l'accès au grade de technicien en chef du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire dans le domaine « prévention santé-environnement ».

Fonctionnement – organisation – centre de santé – maison de santé – pluriprofessionnels universitaires (J.O. du 25 octobre 2017) :

Arrêté du 18 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires.

■ Jurisprudence :**Suspension – praticien hospitalier – procédure pénale – responsabilité sans faute de l'État – perte de compétence professionnelle (CE, 8 juin 2017, n°390424) :**

En l'espèce, un médecin a été suspendu de ses fonctions et une procédure disciplinaire a été engagée à son encontre pour homicide involontaire, blessures involontaires et non-assistance à personne en danger. Cette suspension a été prolongée pour la durée de la procédure pénale à son encontre. Ensuite, le médecin s'est vu relaxé de tous les chefs de poursuite et, pour cette raison, a recherché la responsabilité de l'État au titre des préjudices subis du fait de la suspension d'exercice qui a duré huit ans et de l'absence prolongée d'affectation. Le Conseil d'État décide : « *L'arrêt du 23 mars 2015 de la cour administrative d'appel de Paris est annulé en tant qu'il rejette les conclusions des consorts F. dirigées contre l'Etat au titre du maintien de la mesure de suspension de M. F. pendant huit ans* ».

Radiation – sanction proportionnelle – autorité de la chose jugée – juridiction disciplinaire – juge judiciaire (CE, 11 octobre 2017, n°402497) :

En l'espèce, un médecin a été radié du tableau de l'ordre pour avoir provoqué délibérément la mort de plusieurs patients. Toutefois, un arrêt du 24 octobre 2015, la Cour d'assises l'a déclaré non coupable de la mort de ceux-ci. Ainsi, le médecin a dès lors demandé à la chambre disciplinaire nationale la révision de sa décision de radiation. Pour n'avoir pas obtenu satisfaction, le requérant se pourvoit alors en cassation et demande au Conseil d'État d'annuler la décision de la chambre disciplinaire nationale. Le CE rejette le pourvoi du médecin et estime que « *que si les faits constatés par le juge pénal et qui commandent nécessairement le dispositif d'un jugement ayant acquis force de chose jugée s'imposent à l'administration comme au juge disciplinaire, la même autorité ne saurait s'attacher aux motifs d'un jugement d'acquiescement tirés de ce que les faits reprochés ne sont pas établis ou qu'un doute subsiste sur leur réalité ; qu'il appartient, dans ce cas, au juge disciplinaire d'apprécier si les faits, qui peuvent, d'ailleurs, être différents de ceux qu'avait connus le juge pénal, sont suffisamment établis et, dans l'affirmative, s'ils justifient l'application d'une sanction ;* ». Il ajoute que « *la chambre disciplinaire nationale n'a pas prononcé une sanction hors de proportion avec les fautes reprochées* ».

Suspension – insuffisance professionnelle – obligation de formation – médecin (CE, 16 octobre 2017, n°402239) :

En l'espèce, un gynécologue obstétricien a été suspendu pour une durée de 5 mois du droit d'exercer des gestes chirurgicaux du fait d'une insuffisance professionnelle et que la reprise de son activité est soumise à l'obligation d'effectuer une formation ou d'obtention d'un diplôme universitaire d'hystérocopie. Le Conseil national de l'ordre des médecins a maintenu cette suspension car il n'avait pas encore rempli son obligation de formation imposée précédemment. Le médecin se pourvoit en cassation et demande d'annuler pour excès de pouvoir la décision du Conseil national de l'ordre. Le Conseil d'État précise que le Conseil de l'ordre a « *fait une exacte application des dispositions de l'article R.4124-3-6 du code de la santé publique* » et donc que la requête du médecin en cause est rejetée.

Rémunération – heures de garde – infirmière – centre hospitalier – travail effectif (CE, 13 octobre 2017, n°396935) :

Une infirmière demande à ce que ces heures d'astreintes lui soient rémunérées. Cependant, l'arrêt fait bien la distinction entre les heures de travail effectif (périodes durant lesquelles l'agent est à la disposition de son employeur) et les heures d'astreinte (périodes durant lesquelles l'agent doit être disponible et joignable à tout moment par l'employeur, sans pour autant être sur le lieu de travail). L'astreinte donne lieu à compensation ou indemnisation mais seulement pour les heures réelles d'intervention et donc de travail effectif. Ainsi, le Conseil d'État estime que le fait d'être logé par l'établissement de santé dans l'enceinte de l'hôpital pendant les heures d'astreinte ne constitue pas du temps de travail effectif et donc ne nécessite pas de rémunération.

■ Doctrine :**Déclaration – évènement indésirable associé – soins – responsabilité professionnelle – soignant (Éthique et Santé, octobre 2017, n°14, p.164) :**

Note de J.-P. Guyonnet « *Déclarer un évènement indésirable associé aux soins, une responsabilité du soignant tiraillée entre éthique, morale et juridique* ». Cet article aborde les différentes problématiques liées à la déclaration des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Cette déclaration est très importante car elle permet d'éviter la répétition d'accidents médicaux. L'auteur traite tout d'abord des caractéristiques d'un EIAS et ainsi affirme que « *signaler contribue à éviter l'évitable* ». Ensuite, il précise que « *l'objectif premier de la déclaration d'un EIAS est d'en atténuer ou d'en supprimer les effets dommageables pour le patient* ». L'appréciation de la portée et de la gravité de l'évènement doivent être rapportés et ainsi les conséquences pour le patient peuvent être évaluées et la meilleure prise en charge mise en place. Enfin, l'auteur atteste que la déclaration aux autorités sanitaires constitue une obligation car il existe : une « *obligation réglementaire de déclaration* », un risque « *d'engagement de la responsabilité personnelle* » et « *de sanctions administratives* » pour l'établissement.

■ Divers :**Orthophonistes – reconnaissance – profession hospitalière (www.assemblee-nationale.fr) :**

Réponse du Ministère de la santé à la question n°425 de M. le député D. Le Gac. Dans cette question écrite, le député D. Le Gac demande au gouvernement les mesures envisagées à court terme pour répondre à la pénurie d'orthophonistes à l'hôpital et le calendrier est prévu pour apporter une solution durable au problème de cette profession. La Ministre de la santé rappelle ici les politiques de revalorisation salariales dont ont bénéficié les orthophonistes et l'existence de primes incitatives à leur travail en milieu hospitalier.

Ophtalmologiste – délais d'attente – rendez-vous (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1207 de M. le député C. Jerretie. Dans cette question écrite, le député C. Jerretie demande au Gouvernement de clarifier ses intentions en matière d'augmentation du *numerus clausus* d'internes en ophtalmologie, et des précisions quant à la politique particulière qu'il entend développer concernant les déserts médicaux. Après avoir rappelé les modalités de fixation du *numerus clausus* relatif à chaque spécialité, la Ministre de la santé détaille certains dispositifs visant à lutter contre les déserts médicaux à l'instar des Contrats d'Engagement de Service Public.

Orthophonistes – écart – rémunération – profession hospitalière (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1583 de M. le député B. Perrut. Dans cette question écrite, le député B. Perrut demande au gouvernement les mesures envisagées à court terme pour répondre à la pénurie d'orthophonistes à l'hôpital et le calendrier est prévu pour apporter une solution durable au problème de cette profession. La Ministre de la santé rappelle ici les politiques de revalorisation salariales dont ont bénéficié les orthophonistes et l'existence de primes incitatives à leur travail en milieu hospitalier.

Certificat de décès – rôle des infirmiers – rémunération de l'établissement (Revue Juridique Personnes et Famille, octobre 2017, n°10) :

L'auteur revient ici sur les successives modifications des dispositions régissant l'élaboration de certificats de décès, ainsi que sur une proposition de loi, examinée prochainement au sénat, visant à permettre aux infirmiers de rédiger des certificats de décès pour pallier à la désertification médicale dans certains territoires. Il revient sur les conditions précises que doivent remplir les certificats de décès en fonction des différentes causes de décès, ainsi que sur les modalités de rémunération de tels actes pour les professionnels de santé

Kinésithérapeute – ordre professionnel – cotisation ordinale – juridiction administrative (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 4 octobre 2017, n°16-22283) (Recueil Dalloz, octobre 2017, n°35, p.2033) :

Cet article analyse une décision de la Cour de Cassation relative à la radiation d'un masseur kinésithérapeute prononcée par les juridictions ordinales puis contestée en appel auprès d'un tribunal de proximité. Le tribunal de proximité ayant enjoint le masseur kinésithérapeute de s'acquitter de ses cotisations ordinales en dépit de l'exercice de nouvelles fonctions de cadre de santé et non de kinésithérapeute du requérant ayant sollicité sa radiation auprès du conseil départemental puis national de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, ce dernier se pourvoit en cassation en vue de l'annulation de l'ordonnance du tribunal de proximité. Dans cette décision, la Cour de cassation annule l'ordonnance du tribunal de proximité, rappelant la compétence exclusive de la juridiction administrative pour contester la date d'une radiation auprès de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes.

Démographie médicale – flux migratoire – médecins étrangers (www.conseil-national.medecin.fr) :

Le Conseil national de l'Ordre des Médecins a publié l'atlas de la démographie médicale et a fait une étude des flux migratoires des médecins ayant un diplôme étranger et exerçant en France. Il ressort de cet atlas que le nombre de médecin est en hausse mais une baisse de l'activité se fait sentir. Un point important est mis en exergue dans l'analyse de cet atlas, il s'agit de la baisse préoccupante du nombre de généralistes. De plus, le CNOM affirme, par son étude des flux migratoires des médecins à diplômes étrangers, que ces médecins ne sont pas « *une solution pour combattre les déserts médicaux* » parce qu'ils ne s'installent pas dans les zones déficitaires prévues par les ARS.

4 – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Financement – établissement de santé – soins de suite et de réadaptation (J.O. du 19 octobre 2017) :

Arrêté du 10 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, fixant le coefficient de transition mentionné au b du 1° de l'article 6 du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation et du coefficient prenant en compte l'activité de rééducation et de réadaptation mentionné au 2° du même article.

■ Doctrine :

Modèle économique – instituts hospitalo-universitaires – IGAS (www.igas.gouv.fr) :

Rapport établi par P. BLÉMONT, É. PIMMEL et M. ELBAUM pour l'IGAS et l'IGAENR : « *Le "modèle économique" des instituts hospitalo-universitaires (IHU)* ». En l'espèce, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche ont sollicité l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), afin que ces dernières mènent une mission relative au modèle économique des instituts hospitalo-universitaires (IHU) créés dans le cadre du programme, d'investissements d'avenir (PIA). Il avait alors été confié aux auteurs, quatre grands axes de travail :

- « *Évaluer l'impact de ces projets (IHU) sur leur environnement, universités, CHU, organismes de recherche, entreprises de la filière santé, SATT et autres actions soutenues par le PIA. Il s'agira ... du domaine du soin, de la recherche et de la formation* » ;
- « *Analyser les bénéfices mutuels acquis et attendus ainsi que les implications budgétaires résultant des divers domaines d'activités des IHU* » ;
- « *Apprécier le niveau de maturité et la soutenabilité du modèle économique porté par chacun des IHU* » ;
- « *Proposer des mesures garantissant dans la durée les conditions de leur excellence scientifique* ».

Ce rapport est ainsi centré sur le « modèle économique » des IHU. Les auteurs ont alors dégagé trois axes d'étude :

- La situation et les perspectives financières des IHU à l'horizon et après 2020, eu égard au développement de leurs équipements ;
- Les coopérations mises en place par les IHU avec des partenaires du secteur privé, leur insertion dans le tissu économique local et la valorisation des résultats de recherche dont ils sont à l'origine ;
- Enfin, leurs relations administratives, financières et médico-économiques avec leurs partenaires fondateurs, en particulier les universités et organismes de recherche d'une part, les CHU d'autre part, à la fois en ce qui concerne les activités de soins, l'exploitation des équipements et la recherche, tant fondamentale et translationnelle que clinique ;

5 – POLITIQUES ET STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

■ Législation :

◇ Législation interne :

Accord de travail – établissement social – médico-social – privé (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 13 octobre 2017 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif.

Personnel – éducateurs spécialisés – instituts – sourds – aveugles (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 5 octobre 2017 pris par le ministre de l'action et des comptes publics et la secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée des personnes handicapées, relatif à la formation des éducateurs spécialisés stagiaires des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles.

Etablissements et services sociaux et médico-sociaux – proposition budgétaire – transmission – modalité (J.O. du 29 octobre 2017) :

Arrêté du 18 octobre 2017 modifiant au titre de l'exercice 2018 les dispositions de l'article 3.1 de l'arrêté du 9 décembre 2005 pris en application de l'article R. 314-13 du code de l'action sociale et des familles, relatif à la transmission par courrier ou support électronique des propositions budgétaires et des comptes administratifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

■ Doctrine :

Logement – personnes âgées – EHPA (AJDI, octobre 2017, n°10, p.652) :

Note de F. Vancleemput et coll. « *Le logement de la personne vieillissante* ». Les auteurs font un état des lieux des différentes solutions qui s'offrent aux personnes âgées dans les types d'hébergements d'accueil. Ils distinguent ainsi : les personnes âgées autonomes des personnes âgées dépendantes. Pour les personnes autonomes, les auteurs recensent plusieurs types d'hébergement : la résidence autonomie (l'ex logement foyer), les résidences services dans un ensemble hôtelier, les maisons d'accueil rurales, les habitats regroupés et le béguinage. Ensuite pour les personnes dépendantes, ils abordent le cas des EHPAD proposant des prestations hôtelières ou bien celles proposant de petites unités de vie. Enfin, les auteurs proposent des solutions pour les personnes dites très dépendantes, comme les unités de soins de longue durée et les unités d'hébergement renforcé. Pour chaque solution, les auteurs apportent des explications sur leur mode de fonctionnement et leur intérêt.

■ Divers :

Établissement d'accueil du jeune enfant – service de PMI (protection maternelle et infantile) (www.solidarites-sante.gouv.fr) :

Le Ministère de la santé a mis à jour le 19 octobre 2017 son **Guide Ministériel** « *Les Établissements d'accueil du jeune enfant : à l'intention des services de protection maternelle et infantile* ». Ce guide propose une harmonisation des pratiques à l'ensemble des services de PMI. Ainsi, il aborde en première

partie les différentes « *procédures de créations, transformation, extension et contrôle* » de ces établissements et services d'accueil de jeunes enfants. En deuxième partie, c'est l'axe de l'hygiène alimentaire et d'accessibilité de ces établissements qui est traité. En troisième partie, l'aménagement des espaces. En quatrième partie, la réglementation liée aux lieux (espaces intérieurs et extérieurs). En cinquième partie, les cas d'accueil en surnombre et les autorisations ou avis d'ouverture « module » (c'est-à-dire l'ouverture en fonction des différentes périodes de l'année). Et enfin, en sixième partie, l'équipe professionnelle.

Sûreté – Établissement d'accueil du jeune enfant – urgence – prévention (www.solidarites-sante.gouv.fr) :

Le Ministère de la santé a mis à jour le 19 octobre 2017 son **Guide Ministériel** « *Sûreté dans les Établissements d'accueil du jeune enfant : se préparer et faire face aux situations d'urgence particulière – à l'attention des gestionnaires d'établissements d'accueil du jeune enfant* ». Ce guide vient accompagner et soutenir les gestionnaires de ces établissements, en leur proposant des mesures spécifiques. Ainsi, ce guide :

- « *signale les interlocuteurs pouvant être mobilisés dans le cadre de la préparation aux risques d'agressions provenant de personnes extérieures et d'attentats ou, si le risque s'est concrétisé, susceptibles d'intervenir lors d'une situation d'urgence particulière ;* »
- « *détaille les étapes de la préparation à ces risques, en adaptant les modalités de cette préparation d'une part au très jeune âge des enfants accueillis dans ces structures, d'autre part à leur nature diverse (associative, privée lucrative, publique) ;* »
- « *rappelle les bons réflexes à avoir dans le cas d'une agression provenant de personnes extérieures ou d'un attentat dans ou à proximité de l'établissement.* »

6 – PRODUITS ISSUS DU CORPS HUMAIN, PRODUITS DE SANTÉ ET PRODUITS ALIMENTAIRES

■ Législation :

◇ Législation interne :

Observatoire du médicament – dispositifs médicaux – innovation thérapeutique (J.O. du 20 octobre 2017) :

Décret n° 2017-1483 du 18 octobre 2017 relatif aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique.

Spécialités pharmaceutiques – remboursables – assurés sociaux (J.O. du 17 et 27 octobre 2017) :

Arrêtés n°9 du 12 octobre 2017 et n°12 du 25 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

Spécialités pharmaceutiques – agréées – collectivités – services publics (J.O. du 17, 18, 19 et 27 octobre 2017) :

Arrêtés n°10, n°11 et n°12 du 12 octobre 2017, n°17 du 16 octobre 2017, n°18 du 19 octobre 2017 et n°13 du 25 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

Création – section – produits – prestations – remboursables – article L.165-1 du code de la sécurité sociales (J.O. du 17 octobre 2017) :

Arrêté du 12 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant création de la section « scooter électrique modulaire » et inscription du scooter électrique modulaire INVACARE LEO de catégorie B de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Renouvellement – modification – inscription - prestations – remboursables – article L.165-1 du code de la sécurité sociales (J.O. du 17, 24 et 27 octobre 2017) :

Arrêté du 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant renouvellement d'inscription des aliments MODULEN IBD, IMPACT ENTERAL, ORAL IMPACT, PEPTAMEN et PEPTAMEN HN de la société NESTLE HEALTH SCIENCE France au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant modification des conditions d'inscription de l'allogreffe osseuse viro-inactivée BIOBANK par procédé SUPERCRIT de la société BIOBANK inscrit au 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 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription de l'insert en polyéthylène hautement réticulé TRIANON 32 mm de la société FH ORTHOPEDICS au 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 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription du stimulateur cardiaque triple chambre QUADRA ALLURE MP de la société SAINT JUDE MEDICAL France au 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 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant renouvellement d'inscription des implants d'embolisation liquide ONYX et ONYX LES et des endoprothèses pour embolisation PIPELINE et PIPELINE FLEX de la société MEDTRONIC France au 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 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant renouvellement d'inscription des dispositifs d'assistance électrique à la propulsion pour fauteuils roulants manuels ALBER E-MOTION et ALBER TWION de la société INVACARE POIRIER SAS au titre IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant modification des conditions d'inscription des kits de compression veineuse médicale VENOTRAIN ULCERTEC 39 et VENOTRAIN ULCERTEC 46 de la Société BAUERFEIND FRANCE SARL au titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 13 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant modification des conditions d'inscription et renouvellement d'inscription des systèmes de télésurveillance pour défibrillateur cardiaque implantable au 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 17 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant modification des modalités de prise en charge des « sièges coquilles de série » au titre Ier de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 20 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant radiation du pied à restitution d'énergie de classe II BREEZE de la société OKO SOLUTION inscrit au titre II de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 23 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 5 de la société CAIRE Inc., de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire et changement de dénomination du fabricant du concentrateur d'oxygène mobile ECLIPSE 3 de la société CHART SEQUAL TECHNOLOGIES Inc, de ses prestations associées et de ses forfaits associés du respiratoire inscrits au titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 24 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant modification des conditions d'inscription du stent retriever TREVO XP PROVUE de la société STRYKER NEUROVASCULAR au titre V de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 25 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant renouvellement et modification des conditions d'inscription du stimulateur phrénique ATROSTIM inscrit au titre III et I sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et portant changement de raison sociale de la société MEDWIN MEDICAL GROUP France.

Arrêté du 25 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription des plaques et rivets résorbables pour ostéosynthèse craniofaciale RESORB X et SONICPINS RX de la société Gebrüder Martin GmbH & Co KG au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Liste – produits – prestations d'hospitalisation – articles L.162-22-7 et L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 17, 25, 26 et 27 octobre 2017) :

Arrêtés n°17, n°19 du 13 octobre 2017 et n°10, n°16 et n°18 du 27 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Modification – liste – article L.5126-4 du code de la santé publique (J.O. du 17, 25 et 27 octobre 2017) :

Arrêtés n°24 du 13 octobre 2017, n°11 du 23 octobre 2017, n°10 et n°11 du 20 octobre 2017 et n°14 du 25 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique.

Arrêté du 16 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, 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.

Retrait – dispositif médical – prothèse – pile – mise en bière – article R.2213-15 du code général des collectivités territoriales (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 22 septembre 2017 pris par la ministre d'État, le ministre de l'intérieur et la ministre des solidarités et de la santé, modifiant l'arrêté du 20 mars 2017 portant dérogation à l'obligation de retrait d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile avant la mise en bière fixée par l'article R. 2213-15 du code général des collectivités territoriales.

Laboratoire – agrément – analyse – émissions de cigarettes (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 9 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, portant agrément d'un laboratoire pour procéder aux analyses des teneurs en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des émissions de cigarettes.

Prix limite – vente – dispositif médical (J.O. du 17 et 24 octobre 2017) :

Décision du 6 septembre 2017 fixant le tarif et le prix limite de vente du scooter électrique modulaire INVACARE LEO de la société INVACARE POIRIER SAS.

Décision du 6 septembre 2017 fixant le tarif et prix limite de vente au public (PLV) en € TTC des dispositifs médicaux et prestations associées pour les sièges coquilles de série visés au chapitre 1er, titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

■ Doctrine :**Médiator – responsabilité civile – laboratoires (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.1) :**

Note de J. Peigné « *Médiator : la responsabilité civile des laboratoires Servier confirmée* ». Dans cet article, l'auteur commente la décision rendue par la Cour de cassation le 20 septembre 2017. L'auteur rappelle qu'il s'agit de la première décision rendue au fond concernant l'affaire du Médiator (deux autres volets étant engagés sur le plan pénal et administratif). Par ailleurs, cette décision confirme la condamnation de la société Les Laboratoires Servier pour la défectuosité du Médiator. La Cour de cassation a rejeté les trois moyens de la société requérante. En premier lieu, la société Les Laboratoires Servier invoquait le fait que pour respecter le droit à un procès équitable il doit être sursis à statuer tant que la juridiction pénale ne s'est pas prononcée dès lors que l'action civile a été engagée suite à une infraction pénale. Dans le second moyen, la société Les Laboratoires Servier contestait l'existence de présomption suffisamment graves, précises et concordantes permettant de déduire la causalité entre la prise du Médiator et l'insuffisance aortique. Enfin, dans un troisième moyen, la société Les Laboratoires Servier tentaient de mettre en jeu leur irresponsabilité pour risque de développement, qui constitue une des exceptions permettant de ne pas mettre en jeu la responsabilité sans faute d'un fabricant pour cause de défectuosité du produit. La Cour de cassation rejette les moyens de la société en considérant que l'action civile est indépendante de l'action pénale, qu'il est possible de déduire des présomptions suffisamment graves, précises et concordantes permettant d'établir le lien de causalité et que la cause exonératoire de responsabilité pour cause de risque de développement n'est pas applicable en l'espèce. En effet, l'état des connaissances scientifiques de l'époque aurait pu permettre de déceler la défectuosité du Médiator.

Médiator – responsabilité civile – sans faute (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 20 septembre 2017, n°16-19643) (Gazette du Palais, octobre 2017, n°34, p.35) :

Note de C. Berlaud « *Médiator : la responsabilité sans faute, indépendante de la responsabilité pénale* ». Dans cet article, l'auteur commente la décision rendue par la Cour de cassation le 20 septembre 2017. La Cour de cassation rejette le pourvoi formé contre l'arrêt rendu par la Cour d'appel de Versailles le 14

avril 2016 qui reconnaissait la responsabilité sans faute de la société Les Laboratoires Servier dans le cadre de la défectuosité du Médiateur. L'auteur nous rappelle que la juridiction civile ne doit surseoir à statuer qu'en cas de mise en mouvement de l'action publique, lorsqu'elle est saisie de l'action civile en réparation du dommage causé par l'infraction. Or, en l'espèce, l'action a été introduite dans le cadre de l'engagement de la responsabilité sans faute de la société et non pour les infractions pénales pour lesquelles une information a été ouverte. Les deux actions sont donc indépendantes. L'auteur précise par ailleurs les raisons poussant à la constatation de présomptions graves, précises et concordantes, ainsi que l'impossibilité pour la société Les Laboratoire Servier, de s'exonérer de sa responsabilité pour cause de risque de développement.

Produits de santé – recommandations – Cour des comptes – distribution – ville (Dictionnaire Permanent, octobre 2017, n°285, p.4) :

Note de A.-C. Maillols-Perroy « *Médicaments : les recommandations de la Cour des comptes* ». Le rapport de la Cour de comptes, publié le 20 septembre 2017 traite dans sa troisième partie de la fixation des prix et du coût de distribution des médicaments. L'auteur nous indique dans cet article que la Cour des comptes appelle à un renforcement des moyens mis à la disposition du CEPS et à une réorganisation de la distribution en ville des médicaments remboursables. Selon la Cour des comptes, les missions du CEPS devraient être élargies à la fixation du prix de l'ensemble des médicaments achetés par les établissements hospitaliers. Si le poste relatif aux médicaments apparaît comme le seul maîtrisé, des marges d'efficacités sont encore inexploitées. Elle indique également que les prix des médicaments ne sont pas révisés de manière suffisamment fréquente et se positionne en faveur d'une fixation du prix « au plus près de la valeur thérapeutique » et de l'usage du médicament. Elle se positionne également en faveur d'une plus grande prise en compte de l'évaluation médico-économique. Concernant le réseau de distribution des médicaments, la Cour des comptes considère que le réseau officinal devrait être rationalisé tout en préservant un maillage territorial. Elle propose de développer des formes alternatives de distribution en substituant le monopole de distribution officinal au monopole de dispensation du pharmacien (éventuellement salarié). Elle envisage par ailleurs de ne conserver le monopole officinal que pour les médicaments dispensés sur présentation d'une ordonnance.

Normes ISO – description – médicaments – amélioration (www.iso.org) :

Note de S. Tranchard « *Des normes IDMP révisées pour améliorer la description des médicaments partout dans le monde* ». Dans cet article, l'auteur nous indique que les normes dites IDMP (identification des médicaments) sont en cours de révision. Cette révision apportera une simplicité dans les échanges d'information et contribuera à améliorer l'interopérabilité des systèmes. Ces normes sont essentielles pour des soins de santé dans un cadre mondialisé et inclut des informations indispensables telles que le nom du médicament, ses ingrédients et substances, la voie d'administration, l'autorisation de mise sur le marché, les spécificités cliniques, le conditionnement ou encore la fabrication. En intégrant les normes IDMP, les autorités de réglementation peuvent aisément communiquer entre elles ce qui contribue à la sécurité des soins pour les patients. En utilisant les mêmes normes, les notifications d'effets indésirables sont par exemple facilitées.

■ Divers :

Implants – conséquences – cessation de commercialisation (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1814 de Mme la députée C. O'Petit. Mme la Députée O'Petit adressait au Ministère de la santé une question concernant les raisons exactes ayant entraîné la suspension du marquage CE pour les implants Essure sur les intentions du ministère d'instaurer un protocole de retrait national commun du dispositif à tous les gynécologues et de confier la gestion des dossier d'instruction à l'ONIAM afin que se tienne une réflexion globale sur les connaissances scientifiques dans un contentieux vaste et complexe. Le ministère de la santé précise que le dispositif

médical Essure est surveillé depuis 2015, ce qui a permis dès 2016, de renforcer l'information à destination des patientes avant chaque pose. Des modalités d'encadrement ont ainsi été mises en œuvre dans le cadre de la pose du dispositif. Et celle-ci a été réservée à certains professionnels. Le ministère indique par la suite que dans le cadre de la procédure de renouvellement, l'organisme notifié irlandais NSAI a suspendu temporairement le marquage CE du dispositif ce qui entraîne son absence de mise sur le marché en France et en Europe durant cette période de suspension. L'ANSM a ainsi demandé à la société Bayer de rappeler les produits en circulation et le laboratoire a décidé de ne plus commercialiser cet implant. Puisque la balance bénéfices/risques du dispositif n'est pas remise en cause par l'état des connaissances actuelles, rien ne justifie le retrait de l'implant chez les femmes ne présentant pas de symptômes. Pour les patientes présentant des symptômes le ministère de la santé précise qu'une consultation médicale est nécessaire.

Levothyrox – effets indésirables – ancienne formule – remise sur le marché (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1878 de M. le député B. Nestor Azerot faisant part de ses préoccupations concernant le fait qu'en date du 5 octobre, les collectivités d'Outre-Mer et notamment la Martinique n'avaient toujours pas reçu l'ancienne formule du Levothyrox et ne serait disponible qu'en toute petite quantité qu'au 9 octobre, alors qu'elle aurait dû être disponible à partir du 2 octobre. M. le député s'interroge donc sur ce qu'entend faire le Ministère afin d'assurer l'égalité entre les citoyens. Après avoir rappelé le fait que la nouvelle formule ne change, ni l'efficacité, ni le profil de tolérance du médicament et indiqué que sur les 9000 effets indésirables déclarés aucun ne présente un effet grave, le Ministère de la santé indique la procédure à suivre, à savoir la poursuite du traitement et la nécessité d'une consultation médicale en cas de symptômes. Le Ministère précise que le Levothyrox dans sa version précédente et remis en circulation dans une quantité limitée n'est adressé au patient qu'en dernier recours. Dès la mi-octobre, d'autres traitements commercialisés par d'autres laboratoires seront disponibles. Le Ministère précise donc que la situation n'est que temporaire et indique le lancement d'une mission visant à améliorer la communication et l'information des patients et professionnels de santé sur la question.

Fabrication – commercialisation – plasma – interdiction – concurrence EFS (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°1907 de M. le député A. Viala. M. le Député Viala adresse au Ministère de la santé ses interrogations concernant l'autorisation délivrée à la société Octapharma de commercialiser du plasma synthétique. Selon le Député une concurrence directe a été établie avec l'EFS ce qui risque d'ouvrir la voie au commerce des substances dérivées du corps humain et de freiner encore plus le don du sang en France. Le Ministère précise que compte tenu des besoins des patients et notamment des patients atteints de maladies rares et dans le cadre d'un marché européen permettant la circulation des médicaments dérivés du sang, il est nécessaire de recourir à l'importation de médicaments dérivés du sang lorsque les besoins ne sont pas couverts par les dons du sang en France. Par ailleurs, le Ministère précise que l'ANSM dispose d'une attestation du laboratoire Octapharma assurant que l'ensembles des médicaments dérivés du sang fabriqués pour le marché français le sont à partir de sang provenant de dons non rémunérés. L'assurance de la véracité de cet engagement a été vérifié par le biais d'une inspection diligentée par l'ANSM.

Titulaire d'AMM – QR code – conditionnement primaire ou secondaire – notice de médicament (www.anism.sante.fr) :

L'ANSM a publié un **Avis** aux titulaires d'AMM intitulé « *Soumission à l'ANSM des documents liés à un QR code sur le conditionnement primaire ou secondaire, ou dans la notice d'un médicament* ». Dans ce document, l'ANSM indique aux titulaires d'AMM que les documents liés à un QR code sur le conditionnement primaire ou secondaire ou dans la notice du médicament doivent être soumis à l'ANSM. Après avoir rappelé ce qu'est un QR code, l'ANSM précise que celui-ci doit faire l'objet d'une

demande spécifique préalable. Soit lors de la demande d'autorisation de mise sur le marché ; soit après la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché par le biais d'une demande de modification de l'étiquetage et ou de la notice sans modification du RCP ; ou bien, à l'occasion de toute autre demande de modification d'AMM de type IB ou II de la catégorie C ou d'un renouvellement d'AMM. L'ANSM distingue ensuite les cas selon que l'AMM est nationale (modification en 1 temps avec instruction complète réalisée par l'ANSM) ou centralisée, de reconnaissance mutuelle ou décentralisée (modification en deux temps : instruction par l'EMA ou l'Etat membre de référence puis après avis favorable du premier, soumission à l'ANSM). L'ANSM indique ensuite la présentation et le contenu des demandes puis traite de la question de la mise en ligne des documents liés à un QR code.

DM – DMDIV – positionnements réglementaires – questions-réponses (www.anism.sante.fr) :

L'ANSM a publié la mise à jour des **questions/réponses** liées aux positionnements réglementaires et des qualifications des DM et DMDIV. A travers ce document mis à jour, l'ANSM traite des questions relatives aux procédures réglementaires et aux statuts ou à la classe d'un produit.

Répertoire – médicaments génériques – ANSM (www.anism-sante.fr) :

L'ANSM a publié la version d'octobre 2017 de son Répertoire des Médicaments Génériques. Ce document recense l'intégralité des médicaments génériques et donne des recommandations pour leur utilisation, dans le cadre de la prescription en dénomination commune et en cas de substitution.

7 – SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ AU TRAVAIL

■ Législation :

◇ Législation européenne :

Produits biocide – mise sur le marché – utilisation (J.O.U.E. du 19 octobre 2017) :

Rectificatif au règlement (UE) n°528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides.

◇ Législation interne :

Accident du travail – accident de trajet – formulaire – déclaration (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 26 septembre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, fixant le modèle du formulaire « Déclaration d'accident du travail ou d'accident de trajet ».

Arrêt de travail – attestation – employeur (J.O. du 21 octobre 2017) :

Arrêté du 26 septembre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, fixant le modèle du formulaire « Attestation de salaire délivrée par l'employeur dans le cas d'un arrêt de travail se prolongeant au-delà de six mois ».

Contrôle – eau sanitaire – méthode d'analyse (J.O. du 26 octobre 2017) :

Arrêté du 19 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé, relatif aux méthodes

d'analyse utilisées dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux.

■ Jurisprudence :

Amiante – centre hospitalier universitaire – préjudice d’anxiété (CAA de Bordeaux, 9 octobre 2017, n°16BX00228) :

Le requérant fait appel d'un jugement rendu par le tribunal administratif rejetant sa demande visant à condamner son employeur, un centre hospitalier universitaire (CHU), à lui verser une somme en réparation du préjudice d'anxiété du fait de son exposition à l'inhalation de poussières d'amiante. La Cour administrative d'appel (CAA) rejette sa requête. En effet, le requérant est réputé « avoir eu connaissance de l'étendue du risque à l'origine du préjudice moral (...) à compter de la publication du décret du 23 octobre 2001 relatif à la procédure d'indemnisation des victimes de l'amiante publié le 24 octobre 2001, (...) et ce même si cet établissement ne faisait pas partie de la liste des établissements particulièrement signalés, et sans que l'attestation individuelle, délivrée par son employeur (...) ne puisse être regardée, ni comme une cause interruptive ou suspensive de prescription, ni comme le point de départ où l'intéressé aurait eu réellement connaissance de l'étendue du risque à l'origine de son préjudice. » Par conséquent, c'est à bon droit que la prescription quadriennale a été opposée à la demande d'indemnisation du requérant.

Rapatriement sanitaire – manquement fautif – employeur (CAA de Nantes, 6 octobre 2017, n°16NT03025) :

En l'espèce, le requérant a été rapatrié par son employeur pour des raisons de santé alors qu'il effectuait un stage à l'étranger dans le cadre de sa scolarité à l'École navale. Ce dernier fait appel du jugement rendu par le tribunal administratif rejetant sa demande visant à condamner l'employeur à lui verser une somme en réparation des préjudices résultant des fautes commises dans la gestion de sa situation. La Cour administrative d'appel (CAA) rejette sa demande. En effet, cette dernière estime que la gestion du rapatriement sanitaire et de sa situation à compter de ce rapatriement et jusqu'à sa radiation des contrôles n'est pas constitutive de manquements fautifs de la part de son employeur.

Amiante – préjudice d’anxiété – dommages et intérêts (Cass., ch. soc., 6 octobre 2017, n°16-23905 et n°16-23936) :

Deux salariés d'un établissement dont le site a été inscrit sur la liste des établissements susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ont signé respectivement une transaction avec leur employeur. Ce dernier forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt rendu par la Cour d'appel le condamnant à payer aux salariés des dommages-intérêts pour préjudice d'anxiété. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt considérant « qu'aux termes des transactions, les salariés déclaraient être remplis de tous leurs droits issus des relations de travail ayant existé entre les parties et renoncer expressément et irrévocablement à toutes instances, actions et/ou réclamations à l'encontre de toute société appartenant au groupe, relatives à l'exécution, la cessation de leurs contrats de travail et/ou les conséquences de l'exécution ou de la cessation de toutes fonctions occupées au sein de la société. » Par conséquent, en considérant que le droit du salarié à l'indemnisation de son « préjudice d'anxiété amiante » ne pouvait être inclus dans l'objet de la transaction puisqu'aucune disposition de la transaction ne visait un tel droit, la cour d'appel a violé les articles 2048 et 2049 du code civil.

Licenciement – inaptitude – danger immédiat (Cass., ch. soc., 12 octobre 2017, n°13-22848) :

Une salariée a été licenciée pour inaptitude avec danger immédiat et impossibilité de reclassement. Son employeur forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt rendu par la Cour d'appel déclarant le licenciement

nul et le condamnant à payer à la salariée diverses sommes. La Cour de cassation rejette le pourvoi. En effet, la Cour d'appel a légalement justifié sa décision en retenant que la salariée avait subi des agissements répétés de harcèlement moral et en soulignant le lien entre le harcèlement moral et le licenciement pour inaptitude.

Maternité – discrimination – prud'homme (Cass., ch. soc., 12 octobre 2017, n°15-19360) :

En l'espèce, une salariée a saisi la juridiction prud'homale de diverses demandes pour discrimination dans ses conditions de travail et sa rémunération en raison de son sexe et de ses maternités. Son employeur forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt rendu par la Cour d'appel faisant droit à la demande de la salariée et le condamnant au paiement de diverses sommes à ce titre. D'une part, la Cour de cassation rappelle que c'est dans le cadre de son pouvoir souverain d'appréciation des faits que la Cour d'appel a pu déduire que l'employeur ne démontrait pas que la disparité constatée dans l'évolution de la carrière de la salariée par rapport à celle de ses collègues, était fondée sur des éléments objectifs étrangers à toute discrimination. D'autre part, la Cour de cassation casse et annule l'arrêt en ce qu'il déboute la salariée de sa demande en paiement d'une somme pour violation de l'accord d'entreprise. En effet, la Cour d'appel a violé cet accord, lequel prévoit qu'à l'expiration de la suspension de son contrat de travail, si le congé expire dans le délai de 36 mois, un salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire dans la même ville, en estimant que cet accord reprenait les termes de l'article L. 1225-55 du code du travail.

Accident du travail – reclassement – impossibilité – liquidation judiciaire (Note sous Cass., soc., 4 octobre 2017, n°16-16441) (Recueil Dalloz, octobre 2017, n°35, p.2034) :

Un salarié, victime d'un accident du travail, a été déclaré inapte à son poste et licencié pour motif économique à la suite de la liquidation judiciaire de la société qui l'employait. L'employeur forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt rendu par la Cour d'appel déclarant le licenciement nul, les règles particulières aux salariés victimes d'un accident du travail n'ayant pas été respectées. En effet, selon la Cour d'appel, il « *appartenait à l'employeur de mettre en œuvre la procédure prévue par l'article L. 1226-10 du code du travail et, notamment, de procéder, à compter de cette date, à des recherches en vue de parvenir à son reclassement, qu'il est constant qu'aucune recherche en ce sens n'a été effectuée, que ce soit avant l'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire (...), que le liquidateur invoque vainement les contraintes de temps résultant de la procédure de liquidation judiciaire alors qu'il ne justifie aucunement des démarches effectuées auparavant.* » L'arrêt est cassé et annulé par la Cour de cassation. En effet, en statuant ainsi, la Cour d'appel viole l'article L. 1226-10 du code du travail en ne déduisant pas de ses constatations « *que l'impossibilité de reclassement du salarié ressortissait à la cessation totale d'activité de l'entreprise mise en liquidation judiciaire sans poursuite d'activité et qu'il n'était pas prétendu que celle-ci appartenait à un groupe.* »

Accident du travail – indemnité – astreintes (Note sous Cass., soc., 6 octobre 2017, n°16-12743) (Recueil Dalloz, octobre 2017, n°35, p.2034) :

Un salarié a saisi la juridiction prud'homale de diverses demandes au titre de l'exécution et de la rupture de son contrat de travail à la suite de son licenciement pour inaptitude et impossibilité de reclassement. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel relativement aux demandes de rappel de salaires. En effet, les rémunérations versées au salarié à l'occasion des astreintes constituent une partie du salaire normalement perçu par celui-ci. Or, en ne statuant pas dans ce sens, la Cour d'appel a violé l'article 6 de l'annexe n° 6, intitulée « Dispositions spéciales aux cadres », à la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966, ensemble l'article 1134 du code civil, dans sa rédaction antérieure à l'ordonnance n° 2016-131 du 10 février 2016.

CHSCT – expertise – régime (Note sous CC., 13 octobre 2017, n°2017-662-QPC) (Recueil Dalloz, octobre 2017, n°35, p.2034) :

Le Conseil constitutionnel a été saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité qui visait l'article L. 4614-13 du code du travail, dans sa rédaction résultant de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Selon la société requérante, ces dispositions ne permettent pas à un employeur de contester utilement la décision d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ordonnant une expertise sur le fondement de l'article L. 4614-12 du code du travail ou les modalités de cette expertise. De ce fait, ces dispositions priveraient l'employeur de tout droit à un recours juridictionnel effectif en prévoyant que ce dernier doit saisir le juge dans un délai de quinze jours à compter de la délibération du comité décidant l'expertise, sans lui imposer d'en fixer, dans sa délibération, le coût prévisionnel, l'étendue ou le délai, ou de porter à la connaissance de l'employeur ces éléments dans le délai précité. Le Conseil constitutionnel rejette ces griefs. D'une part, l'article L. 4614-13-1 du code du travail permet à l'employeur de contester le coût final de l'expertise décidée par le CHSCT devant le juge judiciaire. Dès lors, « *à la supposer établie, l'impossibilité pour l'employeur de contester le coût prévisionnel de cette expertise ne constitue pas une méconnaissance du droit à un recours juridictionnel effectif.* » D'autre part, en vertu de l'article L. 4614-13 du code du travail, lorsque le CHSCT décide de faire appel à un expert agréé, il lui appartient de déterminer par délibération l'étendue et le délai de cette expertise ainsi que le nom de l'expert. Ainsi, « *en prévoyant que l'employeur dispose d'un délai de quinze jours à compter de la délibération pour contester la nécessité de l'expertise, son étendue, son délai ou l'expert désigné, le législateur n'a pas méconnu le droit à un recours juridictionnel effectif.* »

■ Doctrine :**Maladie professionnelle – employeurs successifs – faute inexcusable (Responsabilité civile et assurance, octobre 2017, n°10, p.245) :**

Note de H. Groutel « *Maladie professionnelle : employeurs successifs* ». L'auteur revient sur un arrêt de la Cour de cassation datant du 15 juin 2017 (n°16-14901) qui répond à la question de l'origine de la maladie professionnelle lorsqu'on est face à des employeurs successifs. Cet arrêt suit la mouvance établie par la jurisprudence, c'est-à-dire que la victime choisit parmi les employeurs successifs celui qu'elle assignera. En d'autres termes, « *il appartenait à l'employeur défendeur, s'il entendait contester l'imputabilité au travail de la maladie, d'en rapporter la preuve* ».

Suicide – imputabilité – preuve – employeur (RDSS, octobre 2017, n°5, p.932) :

Note de S. Joly « *L'imputabilité du geste suicidaire au travail* ». L'auteur traite de la question de l'imputabilité du geste suicidaire qui peut être considéré comme un accident du travail s'il est imputable à celui-ci. En effet, le lien entre le suicide et le travail doit être démontré. Ainsi, l'auteur précise qu'une présomption d'imputabilité peut être retenue si le geste suicidaire est effectué sur le lieu et au temps du travail. Cependant, lorsque qu'il est effectué en dehors du lieu et du temps de travail, la preuve de la matérialité de l'accident de travail doit en rapportée. Et enfin, l'auteur précise que la personnalité du salarié doit être prise en compte pour pouvoir retenir la qualification du geste suicidaire d'accident de travail.

Médecin du travail – accident – imputabilité (Note sous Cass., 2^{ème} civ., 6 juillet 2017, n°16-20119) (RDSS, octobre 2017, n°5, p.961) :

Note de T. Tauran « *Observation sous Cour de cassation* ». En l'espèce il s'agit d'un salarié qui, pendant l'attente au service de santé du travail, a fait un malaise mortel. La caisse d'assurance maladie a déclaré cet accident comme accident professionnel. L'employeur estime que cet accident ne peut lui être imputé, car l'accident s'est produit en dehors du lieu et du temps du travail. Mais la Cour de

cassation précise que la visite médicale de travail est rattachée à l'exécution du contrat de travail et qu'ainsi la présomption d'imputabilité doit être reconnue. Ainsi, l'auteur affirme que « *peu importe que l'accident se soit produit dans un local extérieur pourvu que le salarié se soit rendu au sein de celui-ci dans un but professionnel* ».

Assurance invalidité – prise en charge – aggravation – rente – non-cumul de prestations (Note sous Cass., 2^{ème} civ., 6 juillet 2017, n°16-20409) (RDSS, octobre 2017, n°5, p.959) :

Note de T. Tauran. La victime d'un accident du travail, bénéficiaire d'une rente viagère servie par l'Association d'assurance accident, établissement public luxembourgeois chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles, a sollicité, auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie de la Meuse, l'attribution d'une pension d'invalidité, puis a contesté devant une juridiction du contentieux de l'incapacité la décision de refus de la Caisse. La juridiction a accueilli la demande d'attribution d'une pension d'invalidité. La Cour de cassation réfute le raisonnement des juges du fond au motif que le titulaire d'une rente au titre des risques professionnels ne peut percevoir une pension d'invalidité que si son état, résultant de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, s'est aggravé. Un tel raisonnement s'applique à un assuré qui perçoit une rente versée selon la législation relative aux risques professionnels d'un autre État membre de l'Union européenne. Les juges du fond ne pouvaient donc, en l'espèce, admettre le versement d'une pension d'invalidité alors même que l'intéressé percevait une rente accordée au titre de la législation luxembourgeoise sur les accidents du travail, sans constater l'aggravation de son état d'invalidité.

■ **Divers :**

Perturbateurs endocriniens – substances chimiques – rapports – ANSES – risques sanitaires (www.anses.fr) :

L'Anses a publié, dans le cadre de la Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens, les résultats des évaluations menées sur cinq substances chimiques suspectées d'être perturbatrices endocriniennes. A également fait l'objet d'une publication, les derniers travaux concernant les risques sanitaires liés à l'exposition à des substances reprotoxiques de catégorie 2 et/ou perturbateurs endocriniens présents dans les produits de consommation. Saisie par la Direction générale de la santé en 2009 dans le but d'identifier et de caractériser les situations potentiellement à risque pour la santé relativement à l'utilisation de produits de consommation courante et d'articles contenant des substances chimiques, ces travaux représentent les derniers jalons des travaux d'expertise. Ces derniers ont traité d'une trentaine de substances et ont notamment porté sur le bisphénol A et autres bisphénols, les phtalates ainsi que les composés perfluorés.

8 – SANTÉ ANIMALE

■ **Législation :**

◇ **Législation européenne :**

Maladie bovine – statut indemne de brucellose (J.O.U.E. du 19 octobre 2017) :

Décision d'exécution (UE) 2017/1910 de la commission du 17 octobre 2017 modifiant la décision 93/52/CEE en ce qui concerne le statut «indemne de brucellose (B. melitensis)» de certaines régions d'Espagne, la décision 2003/467/CE en ce qui concerne le statut «officiellement indemne de brucellose

bovine» de Chypre et de certaines régions d'Espagne et le statut «officiellement indemne de leucose bovine enzootique» de l'Italie, ainsi que la décision 2005/779/CE en ce qui concerne le statut «indemne de la maladie vésiculeuse du porc» de la région de Campanie en Italie.

Protection – influenza aviaire – pathogène – États membres (J.O.U.E. du 21 octobre 2017) :

Décision d'exécution (UE) 2017/1930 de la commission du 20 octobre 2017 modifiant l'annexe de la décision d'exécution (UE) 2017/247 concernant des mesures de protection motivées par l'apparition de foyers d'influenza aviaire hautement pathogène dans certains États membres.

Protection – influenza aviaire – pathogène – États membres (J.O.U.E. du 28 octobre 2017) :

Décision d'exécution (UE) 2017/1969 de la Commission du 27 octobre 2017 modifiant l'annexe de la décision d'exécution (UE) 2017/247 concernant des mesures de protection motivées par l'apparition de foyers d'influenza aviaire hautement pathogène dans certains États membres.

Questions vétérinaires – phytosanitaires – accord EEE (J.O.U.E. du 19 octobre 2017) :

Décision du comité mixte de l'EEE n° 41/2016 du 18 mars 2016 modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) de l'accord EEE [2017/1871]

Décision du comité mixte de l'EEE n° 42/2016 du 18 mars 2016 modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) de l'accord EEE [2017/1872]

Décision du comité mixte de l'EEE n° 43/2016 du 18 mars 2016 modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) de l'accord EEE [2017/1873]

Décision du comité mixte de l'EEE n° 44/2016 du 18 mars 2016 modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) et l'annexe II (Réglementations techniques, normes, essais et certification) de l'accord EEE [2017/1874]

Décision du comité mixte de l'EEE n° 45/2016 du 18 mars 2016 modifiant l'annexe I (Questions vétérinaires et phytosanitaires) et l'annexe II (Réglementations techniques, normes, essais et certification) de l'accord EEE [2017/1875]

9 – PROTECTION SOCIALE : MALADIE

■ Législation :

◇ Législation interne :

Assurance maladie – ressources – service de santé des armées (J.O. du 19 octobre 2017) :

Arrêté du 10 octobre 2017 pris par la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, fixant pour l'année 2017 les ressources d'assurance maladie versées sous forme de dotations ou forfaits annuels au service de santé des armées.

Union nationale des caisses d'assurance maladie – actes et prestations – prise en charge (J.O. du 27 octobre 2017) :

Décision du 7 septembre 2017 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 :**Assurance de groupe – prévoyance complémentaire – clause – affectif assurable (Cass., com., 14 juin 2017, n°15-24188) (Responsabilité civile et assurance, octobre 2017, n°10, p.253) :**

Un chirurgien-dentiste a souscrit auprès d'une société de prévoyance un contrat lui garantissant le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ; l'une des clauses de ce contrat précisait que les garanties n'étaient plus dues si l'assuré cessait d'appartenir à l'effectif assurable. Ayant été mis en liquidation judiciaire, il a formé appel et obtenu une ordonnance arrêtant l'exécution provisoire du jugement. La Cour d'appel a confirmé la liquidation judiciaire. Invoquant une incapacité de travail, le requérant a assigné la société de prévoyance en paiement d'indemnités journalières. La Cour de cassation a jugé que l'ordonnance de référé, ayant arrêté l'exécution provisoire du jugement de liquidation judiciaire, avait de ce fait suspendu l'interdiction pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle indépendante ; ainsi, celui-ci faisait toujours partie de l'effectif le jour de son arrêt de travail. La société de prévoyance doit donc prendre en charge les conséquences financières de l'arrêt de travail du requérant.

■ Doctrine :**Coordination – régimes – sécurité sociale – CJUE (Note sous CJUE, 3^{ème} ch., 13 juillet 2017, aff. C-89/16) :**

Note de L. Driguez « *Coordination des régimes de sécurité sociale* ». Les règlements (CE) n°883/2004 et (CE) n°987/2009 ont pour objectif de moderniser et clarifier les règles précédemment en vigueur sous l'empire du règlement (CEE) n°1408/71. Cependant, en cas de difficulté pour les autorités nationales liées au caractère technique et complexe du système de coordination des régimes de sécurité sociale, il convient de s'en tenir à la lettre du règlement. En l'espèce, la question portait sur la législation de sécurité sociale applicable à un ressortissant et résident polonais, travailleur non salarié en Pologne, qui exerçait une activité salariée en Slovaquie. L'organisme d'assurance sociale polonais, se basant sur les articles 13, § 3 du règlement de base et 14, § 5, b) du règlement d'application, a déclaré la loi polonaise de sécurité sociale compétente car l'activité salariée exercée en Slovaquie lui semblait marginale. Sur cette base, la Cour suprême de la République slovaque a identifié un problème de fondement juridique et a posé des questions préjudicielles à la CJUE. Celle-ci rappelle les buts essentiels des règlements de coordination, destinés à empêcher les cumuls de législations applicables et à assurer à tout travailleur que sa situation relèvera de la compétence d'un régime de protection sociale déterminé. La situation de l'intéressé relevait bien de l'article 13, § 3 du règlement de base et des règles figurant aux articles 14, § 5 ter et 16 du règlement d'application ; les activités marginales ne doivent pas être prises en compte, et les institutions des États membres concernés doivent coopérer afin de déterminer la législation compétente.

Sécurité sociale – révolution numérique – conséquences (RDSS, octobre 2017, n°5, p.925) :

Note de J. Damon « *Révolution numérique : sécurité sociale 2.0 et médecine '5P'* ». La révolution numérique transforme profondément les secteurs de la protection sociale et de la médecine. La tendance est à une sécurité sociale 2.0. Celle-ci doit prendre en compte de nouveaux risques dans une société en pleine mutation digitale. Le numérique promet de nouvelles capacités prédictives en santé -

ce qui ne vient pas sans un risque de fragilisation de la solidarité nationale - et permet d'envisager une sécurité sociale plus préventive et plus personnalisée. Face à la transformation du monde du travail, la protection sociale doit imaginer de nouveaux types de prestations, protections et garanties. Elle doit aussi faire face aux défis de la dématérialisation. Le système devient aussi plus participatif, avec des usagers impliqués dans le service, tournés vers l'entraide et la relation de pair à pair. La médecine connaît elle aussi une profonde évolution et l'on parle désormais d'une médecine « 5P » : préventive, prédictive, participative, personnalisée, pertinente. La médecine devient en effet prédictive et préventive, grâce aux données, qui permettent de mieux prédire les risques de développer telle ou telle maladie et qui aident à mieux segmenter les programmes de prévention. Le *big data* va autoriser une médecine plus participative. Elle sera de fait plus individualisée et plus adaptée donc plus pertinente. Les limites de la prédictibilité restent à être définies en tenant compte des questions techniques et éthiques qui y sont associées. Par ailleurs, la révolution numérique passe aussi par la e-santé, dont les modalités d'exploitation restent encore à éclaircir. La maîtrise du nouveau flux de données est un enjeu capital.

Protection sociale – fonctionnaires – organisation – droits spéciaux (RDSS, octobre 2017, n°5, p.945) :

Note de L. Pierron « *Un régime spécial en trompe-l'œil : les protections administrative et sociale des fonctionnaires* ». Les fonctionnaires de l'État, territoriaux et hospitaliers appartiennent à un régime spécial de sécurité sociale. La singularité de l'organisation de la protection sociale des fonctionnaires réside dans le rôle prédominant des administrations d'emploi et dans l'action de la Caisse des dépôts et consignations et des mutuelles de fonctionnaires. Les circuits financiers sur lesquels la protection sociale des fonctionnaires est assise diffèrent eux aussi du régime général. En ce qui concerne la couverture, les protections offertes aux fonctionnaires se démarquent du régime général car les fonctionnaires bénéficient d'une protection d'appartenance, liée au fait d'être ou d'avoir été agent titulaire de la fonction publique. Les prestations et garanties offertes aux fonctionnaires se distinguent aussi de celles proposées aux salariés par leur contenu. La protection sociale des fonctionnaires constitue un agglomérat de garanties aux origines, aux natures, aux modes de gestion, aux financements et aux conditions de mise en œuvre variées, et relève pour partie de l'ordre administratif et pour partie du contentieux général de la sécurité sociale. La qualification juridique de régime spécial entraîne des conséquences sur les protections des fonctionnaires et mène à un postulat de relativité. Il est permis de douter de la légitimité intrinsèque, ou de la cohérence interne de ces protections, ainsi que de leur légitimité extrinsèque. Par ailleurs, les protections spéciales des fonctionnaires sont mues par une même dynamique que le reste de la Sécurité sociale et doivent être replacées dans un contexte d'émergence d'un ordre juridique propre à la Sécurité sociale avec un socle commun aux différents modèles de protection.

Assurance maladie – maternité – absence d'autorisation médicale (Note sous Cass., 2^{ème} civ., 15 juin 2017, n°16-19198) (RDSS, octobre 2017, n°5, p.963) :

Note de T. Tauran. Une assurée a exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à des indemnités journalières pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie et maternité, et s'est vue infliger une pénalité. Les juges du fond ont limité le montant de cette pénalité au motif que l'assurée reconnaissait la fraude et que l'exercice de l'activité litigieuse était intervenu par nécessité. La Cour de cassation dénie aux juges du fond la possibilité de réduire la pénalité à une somme inférieure à celle posée par le code de la sécurité sociale (CSS). De plus, le droit de la sécurité sociale présente un caractère d'ordre public. Une « fraude par nécessité » est un concept inconnu en droit social. En l'espèce, les dispositions du livre 1er du CSS s'appliquent : les juges du fond ne pouvaient guère faire usage d'une liberté d'appréciation de la pénalité ; ils étaient tenus de mettre rigoureusement en œuvre les dispositions impératives applicables au litige.

■ Divers :

Tiers payant – évaluation – généralisation (www.igas.gouv.fr) :

L'IGAS a publié un **rapport** intitulé « *Évaluation de la généralisation du tiers payant* ». Cette mission d'évaluation a pour mission d'expertiser la « *simplicité, la rapidité et la fiabilité du tiers payant pour les professionnels de santé* ». Ainsi, ce rapport souligne plusieurs points :

- « *Une forte diversité de pratiques du tiers payant selon les professions de santé* »
- « *Une diversité d'attentes insuffisamment prise en compte par l'AMO et l'AMC* »
- « *Une maturité des outils du tiers payant différente en part AMO et en part complémentaire* »
- « *Des freins à la pratique immédiate du tiers payant* »
- « *Il est nécessaire de renforcer la mobilisation des acteurs dans la durée* ».

10 – PROTECTION SOCIALE : FAMILLE, RETRAITES

■ Jurisprudence :

Pension de retraite – marin – excès de pouvoir (CE, 16 octobre 2017, n°406992) :

Dans cette affaire, le requérant demandait l'abrogation de l'article 2 du décret n° 2013-992 du 6 novembre 2013 portant modification de l'article R. 6 du code des pensions de retraite des marins. Le Conseil d'Etat rejette la demande et relève que les dispositions de l'article 2 dudit décret limitant le champ d'application de celui-ci aux pensions liquidées à compter du 19 octobre 1999 sont contraires à celles de l'article 48 de la loi du 20 juin 2016 qui ont supprimé cette condition de date. Toutefois, à la date à laquelle est intervenue la décision du Premier ministre refusant d'abroger les dispositions en litige, le délai raisonnable dont il disposait pour modifier les dispositions contestées conformément à celles de la loi du 20 juin 2016 n'était pas expiré. La décision du Conseil d'Etat enjoignant au Premier ministre de prendre les dispositions réglementaires permettant l'attribution du bénéfice pour le calcul de la pension, de la bonification prévue par l'article L. 11 du code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance aux titulaires de pensions relevant de ce code, n'implique pas l'abrogation des dispositions en litige du décret du 6 novembre 2013 compte tenu des dispositions législatives applicables à la date d'édiction du décret.

Cessation anticipée – retraite – acompte des indemnités – retraite à taux plein (Cass., ch. soc., 12 octobre 2017, n°15-23581, n°15-23604 et n°15-23620) :

Cette affaire porte sur un accord relatif à la cessation anticipée d'activité des salariés âgés, au terme duquel les salariés âgés de plus de 55 ans décidant d'y adhérer sont dispensés d'activité et perçoivent un acompte sur leur indemnité de « mise » à la retraite, outre une allocation mensuelle représentant environ 75 % du salaire jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Trois adhérents à ce dispositif ont ultérieurement saisi la juridiction prud'homale afin d'obtenir la requalification de la rupture de leur contrat de travail en licenciement nul et subsidiairement dépourvu de cause réelle et sérieuse. La Cour de cassation rejette leur pourvoi en jugeant que ne constitue pas une mise à la retraite la rupture du contrat de travail d'un salarié qui, ayant adhéré à un dispositif conventionnel de cessation d'activité, part à la retraite à l'issue de la période de pré-retraite définie par l'accord collectif ; le salarié ayant personnellement adhéré au dispositif de cessation d'activité ne peut remettre en discussion la régularité et la légitimité de la rupture de son contrat de travail, à moins d'établir une fraude de son employeur ou l'existence d'un vice du consentement. Le principe de non-discrimination en raison de l'âge n'est pas applicable à la rupture d'un contrat de travail résultant de l'adhésion volontaire d'un salarié à un dispositif de pré-retraite prévu par un accord collectif.

Retraite – pension – information erronée – réparation (CAA de Nantes, 9 décembre 2016, n°15NT01396) :

Dans cet arrêt de la Cour administrative d'appel de Nantes, un agent communal a, sur la base d'une information erronée de son employeur lui indiquant qu'il ne pourrait pas accéder à un échelon supérieur avant d'atteindre la limite d'âge d'exercice de ses fonctions, fait valoir ses droits à la retraite. Estimant qu'il a été indûment privé de la possibilité de bénéficier d'une pension plus importante, il a entendu obtenir réparation de la part de la commune. La Cour d'appel reconnaît que la commune a bien commis une faute, toutefois, il s'avère que l'accès à l'échelon supérieur n'aurait pas permis au requérant, dans les circonstances de l'espèce, de bénéficier d'une pension de retraite plus élevée. Il n'y a donc pas de lien de causalité direct entre la faute relevée à l'encontre de la commune et le préjudice invoqué par l'agent.

■ Doctrine :**Pensions de retraite – travailleurs – temps partiel – méthode de calcul (Note sous CJUE, 1^{ère} ch., 13 juillet 2017, aff. C-354/16) (Europe, octobre 2017, n°10, p.372) :**

Note de L. Driguez « *Pensions de retraite des travailleurs à temps partiel* ». Dans cet arrêt d'espèce, il s'agissait pour la Cour de déterminer si la méthode de calcul des pensions de retraite professionnelle appliquée en Allemagne par l'entreprise Mars à l'endroit de ses salariés respectait, s'agissant de ceux qui ont travaillé à temps partiel, la règle de l'égalité de traitement avec les travailleurs à temps plein, qui figure dans la clause 4 de l'accord-cadre sur le travail à temps partiel conclu le 6 juin 1997. La Cour a retenu la méthode de calcul utilisée par l'entreprise concernée selon laquelle une fois établie la moyenne annuelle des salaires, il convient de déterminer en fonction des tranches inférieures ou supérieures au plafond de sécurité sociale les taux de droits à pension. Il s'agissait aussi de savoir si la mesure qui, pour le calcul du montant de la retraite professionnelle, se fonde sur le rapport entre l'ancienneté et la durée de la période comprise entre la date d'entrée dans l'entreprise et l'âge légal de départ à la retraite, et plafonnant à 35 le nombre d'annuités de carrières susceptibles d'être comptabilisées, n'introduirait pas une discrimination en raison de l'âge en violation de l'article 6 de la directive 2000/78/CE, qui pénaliserait les travailleurs entrés les plus jeunes dans l'entreprise. La Cour a rappelé qu'une différence de traitement liée à l'âge n'est pas une discrimination lorsqu'elle est justifiée par un objectif légitime et si les moyens permettant de l'atteindre sont appropriés et nécessaires.

■ Divers :**Allocation d'éducation – enfant – handicap – évaluation - (www.igas.gouv.fr) :**

L'IGAS a publié en octobre un **Rapport** intitulé « *Évaluation de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)* ». Ce rapport aborde dans une première partie l'étendue de cette prestation en précisant que cette allocation compense des dépenses très diverses mais ne permet pas toujours une réponse adaptée aux besoins des familles. En deuxième partie, le rapport s'intéresse aux modalités de gestion de cette prestation qui peuvent être sources d'inégalités. En troisième partie, la question du pilotage de cette prestation est remise en cause, car il paraît éclaté et a pour conséquences des « *incohérences de gestion et une perte de connaissance statistique* ». Enfin, en dernière partie, l'IGAS propose des dispositifs d'amélioration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et soumet 32 recommandations.

Liquidation – retraite – CARSAT (www.assemblee-nationale.fr) :

Réponse du Ministère des solidarités et de la santé à la question n°252 de M. le député F. Roussel. La question du député F. Roussel portait sur la situation de la CARSAT Nord-Picardie où de nombreuses

personnes subissent des retards dans la liquidation de leur retraite et peinent à obtenir un entretien dans un délai convenable. Le député dénonce les conséquences néfastes de la réduction massive des personnels de la CARSAT Nord-Picardie par l'orientation des assurés vers internet et le courrier et affirme que la fermeture programmée de tous les points d'accueil spontanés au 31 décembre 2017, en vue d'une centralisation des effectifs, va aggraver les retards. Face à cette situation, le député demande la création et le redéploiement des emplois manquants, le maintien des points d'accueil, et souhaite savoir quelles mesures seront prises pour résorber les retards actuels. Le Ministère des solidarités et de la santé répond que la situation de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) Nord-Picardie est maîtrisée pour la gestion des dossiers des retraites. Les dossiers connaissant un retard sont pour la plupart des cas où le futur retraité a demandé sa retraite après sa date de départ ou des dossiers d'une particulière complexité. Dans le cadre de sa politique d'accueil, la CARSAT Picardie expérimente les parcours attentionnés parmi d'autres nouvelles offres et via de nouveaux canaux de communication. Elle s'est inscrite dans le plan de déploiement des maisons de service aux publics (MSAP) et prend des mesures pour se rapprocher de la population.

Institut Droit et Santé ■ 45 rue des Saints-Pères ■ 75006 Paris Cedex 6 ■ 01 42 86 42 10 ■ ids@parisdescartes.fr
institutdroitetsante.fr ■ **f** Institut Droit et Santé ■ **t** @Instidroitsante

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

Directeur de publication : Frédéric Dardel, Université Paris Descartes, 12 rue de l'École de Médecine, 75270 PARIS CEDEX 06

Imprimeur : Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, 75270 PARIS CEDEX 06
Parution du 31 octobre 2017.

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.