

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

Évolutions législatives, jurisprudentielles et doctrinales  
n°268 – du 1<sup>er</sup> au 15 décembre 2017

La prochaine veille paraîtra le 15 janvier  
2018.

*Bonnes fêtes de fin d'année !*

## SOMMAIRE

1 – Organisation, santé publique et sécurité sanitaire .....	2
2 – Bioéthique et droits des usagers du système de santé .....	4
3 – Personnels de santé .....	9
4 – Établissements de santé .....	14
5 – Politiques et structures médico-sociales .....	15
6 – Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires .....	17
7 – Santé environnementale et santé au travail .....	24
8 – Santé animale .....	33
9 – Protection sociale : maladie .....	34
10 – Protection sociale : famille, retraites .....	36

## 1 – ORGANISATION, SANTÉ PUBLIQUE ET SECURITÉ SANITAIRE

---

### ■ **Législation :**

#### ◇ **Législation interne :**

#### **Indemnités – Sujétion géographique – Directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (J.O. du 2 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 14 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, le Ministre de l'éducation nationale, le Ministre de l'action et des comptes publics, la Ministre des outre-mer et la Ministre des sports, pris pour l'application du décret n° 2013-314 du 15 avril 2013 portant création d'une indemnité de sujétion géographique au sein des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et des agences régionales de santé de Guyane et de Guadeloupe.

#### **Dotations régionales – Financement – Missions d'intérêts général – Aide à ma contractualisation – Articles L.162-22-13, L.162-23-8 et L.174-1-2 du code de la sécurité sociale (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 7 décembre 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 dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévues aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du même code.

#### **Véhicules – Transports sanitaires terrestres – Caractéristiques – Installation (J.O. du 14 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 12 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'économie et des finances, fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

#### **Programme de recherche – Offre de soins (www.circulaire.legifrance.gouv.fr):**

**Instruction** n° DGOS/PF4/2017/330 du 29 novembre 2017 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2018.

#### **Associations – Aide aux victimes – Cellules – Urgence médico-psychologique (www.circulaire.legifrance.gouv.fr):**

**Instruction interministérielle** DGS/VSS/ministère de la justice en date du 15 novembre 2017 relative à l'articulation de l'intervention des cellules d'urgence médico-psychologique et des associations d'aide aux victimes.

#### **Plan maladies neurodégénératives – Promotion – Habitat – Personnes atteintes de maladies neurodégénératives (www.circulaire.legifrance.gouv.fr):**

**Note d'information** n° DGCS/SD3A/2017/306 du 27 octobre 2017 relative à la diffusion du dossier technique prévu par la mesure 19 du Plan maladies neurodégénératives 2014-2019 (PMND) visant à promouvoir les formes d'habitat inclusif pour les personnes atteintes de maladie neurodégénérative.

#### **Guide national – Prévention – Gestion – Impacts sanitaires et sociaux – Vagues de froid (www.circulaire.legifrance.gouv.fr):**

**Instruction interministérielle** n°DGS/SDVSS/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2017/284 du 3 novembre 2017

relative au guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid 2017-2018.

**Plan national d'intervention sanitaire d'urgence (PNISU)** ([www.circulaire.legifrance.gouv.fr](http://www.circulaire.legifrance.gouv.fr)):

**Plan national d'intervention sanitaire d'urgence (PNISU).**

## ■ Doctrine :

**Avis CCNE – Santé – Migrants (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.7) :**

Note de K. Haroun « *La santé des migrants au cœur d'un avis du CCNE* ». Dans cet article, l'auteur apporte un commentaire sur un avis rendu par le Comité consultatif national d'éthique. Cet avis reproche aux pouvoirs publics de ne pas mettre en œuvre les moyens nécessaires pour, d'une part, gérer le flux des migrants en France et, d'autre part, assurer la protection de la santé des migrants. L'article reprend ainsi la liste des insuffisances en matière de santé dressée par la CCNE. L'auteur poursuit son écrit en exposant la liste des exigences éthiques, requises pour améliorer la santé des migrants, par la CCNE dans son avis. Parmi ces impératifs éthiques on trouve notamment l'exigence du respect de la dignité des personnes. L'article se conclut en détaillant la réponse du ministère à l'avis du CCNE. Le ministère de l'intérieur expose ainsi que la CCNE n'a pas pour fondements des constats de terrain et que l'avis ne tient pas compte des dernières actions sanitaires réalisées.

## ■ Divers :

**Campagne d'information – Prévention – Contamination VIH – Arrêté d'interdiction – Affichage urbain (Note sous TA., Montreuil, 9 novembre 2017, n°1609168) (JCP Administration et Collectivités territoriales, novembre 2017, n°47, p.585) :**

Commentaire de la rédaction « *Un maire peut-il interdire la campagne d'information par affichage visant notamment à la prévention de la contamination par le VIH ?* ». Le maire d'une ville estimait que la campagne publicitaire de prévention de Santé publique France sur le VIH et les IST était « *contraire aux bonnes mœurs, portait atteinte à la dignité humaine et à la moralité* » et en a ainsi interdit l'affichage. La Ligue des droits de l'Homme a saisi le tribunal administratif d'un recours contre l'arrêté du maire. Le tribunal annule l'arrêté en précisant que le caractère immoral des affiches ne permet pas de justifier légalement l'interdiction totale de l'affichage et que la campagne d'affichage n'était pas de nature à provoquer un trouble d'ordre public.

**Impact – Santé – Évaluation – Planification territoriale – Logements** ([www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)) :

Le Haut Conseil de la Santé Publique a publié le 4 décembre 2017 un **Rapport** intitulé « *Identification des outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé, et des impacts socio-économiques associés, dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements ainsi qu'à l'urbanisme et aux logements* ». Ce rapport aborde les différents déterminants de l'urbanisme sur la santé. Il prend en compte plusieurs types de données, telles que l'activité physique, l'alimentation saine, les espaces verts, la sécurité, le logement, la qualité de l'air, la biodiversité, et apporte une analyse et une critique sur l'état de santé de la population. Ainsi, le Haut conseil de santé publique, au regard des résultats de l'étude, a pu établir des recommandations afin de permettre un meilleur état de santé de la population.

**Vaccins obligatoire – Nécessité – Conséquences de l'administration** ([www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°2919 de M. le député Jean-Hugues Ratenon. Le député interroge la Ministre des Solidarités et de la Santé sur la nécessité des 11 vaccins infantiles obligatoires. Il demande à ce que de nouvelles analyses approfondies soient effectuées et que dans l'attente des résultats, que le principe de précaution soit appliqué et ainsi que l'entrée en vigueur de l'administration des 11 vaccins soit retardée. La

Ministre répond en précisant tout d'abord que « *la vaccination participe à renforcer l'immunité de groupe (protection collective) et, à ce titre, s'apparente à un véritable geste citoyen et de solidarité* » et ensuite qu'une campagne de communication sera mise en place afin d'expliquer l'importance de la vaccination et d'éclairer et rassurer sur la sécurité des vaccins.

### **Grippe – État des lieux – InVS (Bulletin hebdomadaire Grippe, décembre 2017, n°48) :**

L'InVS a publié son bulletin hebdomadaire concernant la grippe. Il est fait état de quelques chiffres, des différents niveaux d'alerte par région, du nombre de passages en médecine ambulatoire ou en milieu hospitalier pour un état grippal et de la situation des départements d'outre-mer.

### **VIH – Dépistage – Co-infections – Prévention (Bulletin épidémiologique hebdomadaire, décembre 2017, n°29-30) :**

Le BEH a publié un dossier sur la Journée mondiale du SIDA, comportant les articles suivants :

- A. Simon et E. Billaud « *Dépistage et prévention : les défis du contrôle de l'épidémie de l'infection par le VIH en France* ».
- F. Lot et coll. « *Co-infections par les IST lors de la découverte de la séropositivité VIH, France, 2012-2016* ».
- F. Cazein et coll. « *Dépistage de l'infection par le VIH* ».
- C. Larsen et coll. « *Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'îles de France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants* ».
- N. Lydié et coll. « *Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan* ».

## **2 – BIOÉTHIQUE ET DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ**

---

### **■ Législation :**

#### **◇ Législation interne :**

### **IVG – Forfait – Prix – Consultation (J.O. du 6 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 1er décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, le Ministre de l'action et des comptes publics et la Ministre des outre-mer, modifiant l'arrêté modifié du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.

**Lois de bioéthique – Participation – Espace de réflexion éthique** ([www.circulaire.legifrance.gouv.fr](http://www.circulaire.legifrance.gouv.fr)):

**Note d'information** n° DGOS/SR3/2017/329 du 29 novembre 2017 relative à la participation des espaces de réflexion éthique à la procédure de révision des lois de bioéthique.

### **■ Jurisprudence :**

**Accidents médicaux – Intervention chirurgical – Complications – Assurance (Cass., 23 novembre 2017, n°16-24172) :**

Dans cette affaire, la question est de savoir si une cour d'appel viole l'art. 1134 du code civil lorsqu'elle condamne

un assureur à verser une indemnité pour l'assistance d'une tierce personne prévue par le contrat d'assurance qui garantit les accidents médicaux. La Cour de cassation censure l'arrêt d'appel pour défaut de base légale aux motifs qu'une cour doit « *rechercher si le besoin d'assistance par une tierce personne [...] n'était pas entièrement pris en charge par les organismes sociaux pendant la durée de son placement en institution* ». Autrement dit, une cour d'appel ne peut condamner un assureur en paiement de toute l'indemnité pour l'assistance d'une tierce personne alors que l'assuré vit actuellement dans un établissement dans lequel il se peut que l'assistance d'une tierce personne soit déjà prise en charge par une caisse primaire d'assurance-maladie.

**Prothèse mécanique mitrale – Absence de motricité des membres – ONIAM – Responsabilité (Cass., 22 novembre 2017, n°16-24769) :**

La Cour de cassation répond ici à la question de savoir si une cour d'appel viole les articles L.1142-1, I et L. 1142-18 du code de la santé publique lorsqu'elle condamne l'ONIAM à indemniser les préjudices d'une victime qui ne sont pas réparés sur le fondement de la perte de chance au titre de la solidarité nationale. Autrement dit, la question est de savoir si une cour d'appel peut limiter la condamnation d'un établissement de santé à réparer les préjudices de la victime à hauteur de 50 % sur le fondement d'une perte de chance d'éviter le dommage corporel et mettre la part complémentaire de son indemnisation à la charge de la solidarité nationale qui revient à l'ONIAM. La Cour de cassation répond à cette question par la positive en motivant longuement sa décision et précise que parce que la cour d'appel « a mis en évidence la survenue d'un accident médical non fautif répondant aux conditions de gravité fixées par les articles L.1142-1, II, et D. 1142-1 du code de la santé publique, dont la probabilité de réalisation était faible et dont les conséquences auraient été susceptibles d'être limitées en l'absence de faute, la cour d'appel a pu en déduire que la part des préjudices subis par M. X [la victime], non réparée sur le fondement de la perte de chance, devait être mise à la charge de la solidarité nationale » ; par conséquent, l'arrêt d'appel n'est pas censuré.

**Hépatite C – Transfusion sanguine – Décès – ONIAM – Organisme assureur (Cass., 22 novembre 2017, n°16-15328) :**

Dans cette affaire, la question qui était posée à la Cour de cassation était de savoir si une cour d'appel respecte les textes relatifs à la substitution dans les procédures en cours de l'établissement français du sang par l'ONIAM lesquels font bénéficier à ce dernier une action en garantie contre un assureur lorsqu'elle rejette une fin de non-recevoir de l'assureur tirée de la prescription biennale de l'action de l'ONIAM. La Cour de cassation répond par la négative et censure l'arrêt d'appel ; elle motive sa décision dans un attendu de principe selon lequel « *si l'ONIAM bénéficie ainsi d'une action directe contre les assureurs, celle-ci s'exerce en lieu et place de l'EFS, venant lui-même aux droits et obligations des assurés, qu'il substitue dans les procédures en cours ; que, dès lors, dans ces procédures, l'ONIAM dispose des mêmes droits que les assurés et son action se trouve soumise à la prescription biennale prévue par l'article L. 114-1 du code des assurances* » ; en conséquence, la cour d'appel aurait dû énoncer une fin de non-recevoir à l'encontre de l'ONIAM pour prescription biennale. En d'autres termes, la prescription extinctive de l'action n'était pas de droit commun.

**Décès – Troubles psychiatriques – Intervention policière – Mauvais traitement (CEDH, 16 novembre 2017, n°30059/15) :**

Dans cette délicate affaire, la Cour de Strasbourg doit répondre à la question de savoir si les autorités françaises ont violé les principes du droit à la vie et d'interdiction des traitements inhumains ou dégradants à la suite du décès d'une personne atteinte de troubles psychiatriques lors d'une intervention de police. La Cour condamne la France à verser des indemnités à la famille du défunt aux motifs que les gestes, violents, répétés et inefficaces, pratiqués sur une personne vulnérable, sont constitutifs d'une atteinte à la dignité humaine et atteignent un seuil de gravité les rendant incompatibles avec l'article 3 de la Convention. Cependant et nonobstant les violences et le décès de cette personne vulnérable, la Cour énonce que le principe du droit à la vie n'est pas violé du fait de la demande rapide d'assistance de la part des fonctionnaires de police ainsi que par l'intervention rapide des services de secours sur les lieux. La Cour retient que les demandeurs ne contestaient pas les faits précités. Autrement dit, s'il y a eu condamnation dans cette affaire, c'est parce que les autorités de police auraient pu intercepter l'individu par des mesures plus douces et parce qu'une fois maintenu et menotté, trois policiers debout ont mis tout leur poids sur différentes du corps de l'individu – ce qui n'était pas nécessaire et est dégradant.

**Détention – Cancer – Phase terminale – Adaptée (CEDH, 28 novembre 2017, n°55089/13) :**

La Cour européenne des droits de l'Homme répond à la question de savoir si les autorités nationales roumaines violent le principe d'interdiction des traitements inhumains ou dégradants dès lors qu'elles laissent, en geôle, un prisonnier qui souffre d'un cancer métastatique de la prostate en phase terminale. La Cour répond par la positive et condamne l'Etat roumain à réparation du préjudice moral de l'ayant-droit du prisonnier défunt. D'après la Cour, les autorités nationales roumaines auraient dû examiner l'aptitude concrète du prisonnier malade à demeurer incarcéré laquelle n'était pas présentée en l'espèce (le malade n'était plus une menace du fait de la maladie, il avait preuve de bonne conduite et n'a pas pu vivre ses derniers jours dans la dignité).

**Internement – Troubles psychiatriques – Droit à la liberté et à la sûreté (CEDH, 28 novembre 2017, n°59152/08) :**

Ici la question est de savoir si les autorités nationales roumaines violent à la fois le droit à la liberté après avoir interné dans un établissement psychiatrique une personne et le droit de faire statuer à bref délai sur la légalité de la détention. La Cour de Strasbourg répond par la positive aux motifs que la décision d'internement était arbitraire – et donc non justifiée par les autorités – et parce que les procédures pour contester l'internement étaient longues. De plus, si dix ans après l'internement un juge a ordonné la libération de l'intéressé, aucune autorité roumaine n'a appliqué la décision.

**Hospitalisation sous contrainte – Soins psychiatriques – Irresponsabilité pénale – Schizophrénie (Cass., Crim., 29 novembre 2017, n°16-85490)**

Dans cette affaire, les questions posées à la chambre criminelle de la Cour de cassation et qui intéressent notre revue sont de savoir si la chambre d'instruction d'une cour d'appel viole des principes procéduraux d'une part en déclarant le mis en examen irresponsable pénalement et en prononçant son hospitalisation complète dans le même arrêt et d'autre part parce qu'elle ne motive pas l'insuffisance d'une mesure plus douce à l'hospitalisation complète. Sur le premier point, la Cour rejette le moyen dans la mesure où « l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète a été légalement décidée par un arrêt motivé » et parce que les textes n'imposent pas au juge de « rechercher si des mesures alternatives auraient pu être appliquées à l'intéressé ».

**Amiante – FIVA – Aggravation de l'état de santé – Indemnisation (Cass., 23 novembre 2017, n°16-24700) :**

Dans cet arrêt, il est question d'un particulier atteint d'une maladie professionnelle occasionnée par une exposition à l'amiante. Celui-ci a subi une aggravation de son état de santé, dont le caractère professionnel a été reconnu. La caisse primaire d'assurance maladie de sa région lui a ainsi fixé un taux d'incapacité de 15% et a accepté de lui allouer la prestation attachée au taux d'incapacité. Le particulier a refusé l'offre d'indemnisation de l'aggravation de son état de santé proposé par la FIVA. Insatisfait, l'intéressé a formé un recours contre la décision de la CPAM. La cour d'appel retient que la FIVA a refusé à juste titre la demande de l'intéressé de scinder le calcul entre les arriérés et les rentes futures, au motif que l'évaluation de l'indemnisation globale avant et après la décision doit seule être prise en considération. Dans cette optique, les juges du fond constatent que la FIVA est susceptible de verser la somme de 52 941,44 euros au total pour les arriérés de rente écoulés entre le 21 juin 2012 et la date de la décision de la cour d'appel le 29 septembre 2016. De plus, les sommes à déduire s'élèvent à 50 739,77 euros et correspondent aux prestations perçues ou à percevoir de la Caisse primaire d'assurance maladie. La Cour de cassation censure la décision rendue par la cour d'appel en considérant qu'il appartient aux juges du fond de procéder à l'évaluation de l'indemnisation due par la FIVA. Pour ce faire, la cour d'appel aurait dû dans un premier temps, comparer les arrérages échus qui étaient à la charge de la FIVA et les arrérages versés par la CPAM jusqu'à la date à laquelle elle a rendu sa décision et dans un second temps, comparer les arrérages devant être échus à compter de la date de la décision.



## ■ Doctrine :

### **Acharnement – Fin de vie – Décision collégiale – Constitutionnalité (Revue Constitution, novembre 2017, n°3, p.460) :**

Note de M. Sztulman « *L'acharnement procédural au secours de la fin de vie* ». Ce commentaire de la QPC du Conseil constitutionnel du 2 juin 2017 met en lumière la réserve d'interprétation des sages qui refuse de constitutionnaliser le droit fondamental à la protection de la vie. Le Conseil devait se prononcer sur « *la constitutionnalité des dispositions relatives à la décision collégiale d'arrêt des traitements et de mise en place d'une sédation profonde en l'absence d'indication sur la volonté du patient* ». Comme le souligne l'auteur, les sages n'ont pas jugé utile d'auditionner les auteurs de la proposition de loi et se sont auto-censuré conformément à leur jurisprudence IVG. Par ailleurs, dans la continuité de sa jurisprudence antérieure, le Conseil constitutionnel, garant des libertés fondamentales, le droit à la vie est absent des motifs de la décision. Le Conseil rejette donc les moyens des requérants mais pose une réserve d'interprétation sur la recherche de l'effectivité des garanties procédurales avec deux conditions : « en l'absence de notification possible au patient de la décision du médecin, ce dernier doit informer la « famille » de sa décision » et « l'existence d'une procédure d'urgence pour statuer sur la décision du médecin. ». L'auteur en commente les conséquences sur la constitutionnalité du référé-liberté.

### **Droit à la vie – CEDH – Troubles psychiatriques – Obligation positive de protéger – État de vulnérabilité (Note sous CEDH., 16 nov. 2017, n°30059/15 et a. c/ France) (JCP Générale, décembre 2017, n°49, p. 1289) :**

Note de G. Gonzalez « *Ceci n'est pas une bavure !* ». Un homme psychiatrique décède d'un arrêt cardiaque peu de temps après une intervention de la police sur sa personne suite à un conflit commercial dans lequel il manifestait son énervement. L'auteur note que le respect de l'article 3 de la Convention suppose de la part des forces de l'ordre une préparation, une expérience, une formation ou et un équipement adéquat. Néanmoins, « *le droit à la vie n'est pas violé en l'espèce faute de lien de causalité entre la mort et l'action policière.* »

### **Prise en charge – Femmes victimes – Violences – Modélisation (www.igas.gouv.fr) :**

C. Branchu et S. Vanackere ont publié le 1<sup>er</sup> décembre 2017 un **rapport** intitulé « *La prise en charge à l'hôpital des femmes victimes de violence : éléments en vue d'une modélisation* ». Ce rapport de l'IGAS de 138 pages présente les conséquences en termes de santé publique et de société des violences contre les femmes. Près de 200 000 femmes sont victimes chaque année de violence, le chiffre est minimal. Le rapport présente le rôle clef joué par l'hôpital et pointe le besoin d'une prise en charge dans un lieu unique. Le rapport présente une initiative au CH de Saint Denis : « la Maison des femmes » puis présente une perspective internationale. Le rapport conclut que « *l'enjeu de la prise en charge sanitaire, et particulièrement à l'hôpital, des violences est encore trop peu identifié, tant au niveau national qu'au niveau des territoires.* ». Elle doit être partenariale. Le rapport formule 7 recommandations en ce sens.

### **Soins – Sans consentement – Restrictions – Visites de tiers (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.1) :**

Note de M. Couturier « *Soins sans consentement : des restrictions de visites peuvent être opposées aux tiers* ». Le CE juge dans un arrêt du 2 octobre 2017 que le directeur d'un établissement psychiatrique peut filtrer les visites des proches d'un patient dès lors qu'il y va de son « intérêt ». Cette solution n'est possible qu'au regard d'un patient placé sous soins contraints. Les mesures doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état du patient. L'auteur doute que cette situation se justifie dès lors que le patient manifeste son désir de recevoir une visite.

### **Soins – Consentement – Patient – Migrants – Curateur – Psychiatrie (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.4) :**

Dans la revue Dictionnaire Permanent figure un dossier intitulé « *Personne et corps humain* » avec notamment les articles suivants :

- K. Haroun « *Soins sans consentement : l'éloignement géographique du patient n'empêche pas son audition* ».
- V. Baudet-Caille « *Soins sans consentement du majeur protégé : convocation du curateur obligatoire* ».

- M. Couturier « *Soins sans consentement : le juge ne doit pas substituer son analyse à celle du psychiatre* ».
- M. Couturier « *Soins sans consentement : exception à l'obligation d'assistance par un avocat* ».

#### **Responsabilité – Don d'organe entre vifs (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.8) :**

Note de D. Vigneau « *Consentement à un don d'organes entre vifs : le oui devant le juge mais le non par tous moyens* ». Un arrêt de la CAA de Nantes du 29 septembre 2017 responsabilise un CHU envers un patient pour avoir pratiqué sur lui un prélèvement d'organe malgré la rétractation du consentement de ce dernier. Si la responsabilité du CHU n'a pas fait l'objet de débats, l'auteur souligne le double intérêt de cet arrêt. D'une part, le respect du consentement nécessite un formalisme strict. D'autre part, la rétractation peut intervenir à tout moment et n'est assujettie à aucune forme.

#### **Diagnostic prénatal – Données personnelles – Respect de la vie privée (Gazette du Palais, décembre 2017, n°42, p.49) :**

Note de P. Graveleau « *Examens de diagnostic prénatal : mise à disposition des données et respect de la vie privée* ». Suite à un recours de la Fondation Jérôme Lejeune, le CE, dans un arrêt du 17 novembre 2017, considère que le fichage systématique des femmes enceintes dépistées des marqueurs sériques de la trisomie 21 est d'intérêt général et ne porte pas atteinte au droit à la vie, au principe de non-discrimination et au principe constitutionnel du respect de la dignité de la personne humaine. Il est donc légal de transmettre ces données à l'Agence de la biomédecine aux fins du contrôle du choix des femmes enceintes d'avorter les embryons malades. Cependant, l'arrêt attaqué est partiellement annulé sur la transmission de ces données à la Fédération française des réseaux de périnatalité et de tous les organismes agréés par la HAS. Madame Buzyn, en tant que Ministre, n'a apporté aucun élément mettant le CE en mesure de vérifier qu'une telle mise à disposition de l'ensemble des données à caractère personnel en cause serait un objectif d'intérêt général, et qu'ainsi les obligations découlant du droit des personnes au respect de leur vie privée auraient été respectées.

#### **Établissements de santé – Responsabilité – Transfusion sanguine – ONIAM (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.9) :**

Note de V. Maleville « *L'ONIAM bénéficie du régime de responsabilité des établissements de transfusion sanguine* ». L'auteur revient ici sur un arrêt de la Cour de cassation rendu le 20 septembre 2017 (Cass. 1<sup>ère</sup> civ., 20 sept. 2017, n°16-23.451). En l'espèce, l'ONIAM a indemnisé une victime de contamination transfusionnelle, puis poursuivi l'ancien assureur du centre impliqué en remboursement d'une partie des sommes versées. Les juges ont alors estimé que la responsabilité du centre se trouvait engagée. Pour l'auteur, « *la garantie de l'assureur est due à l'ONIAM, dès lors que, l'origine transfusionnelle de la contamination étant admise, il est établi que l'établissement de transfusion sanguine assuré a fourni au moins un produit administré à la victime, et que la preuve que ce produit n'était pas contaminé n'a pu être rapportée* ».

### **■ Divers :**

#### **Obligation d'information – Dommage hospitalier – Centre hospitalier intercommunal – Responsabilité (Note sous : TA., 25 mai 2017, n°1509629) (AJDA, 2017, p.2341) :**

Note de la rédaction relative à « *Obligation d'information sur les causes d'un dommage hospitalier* ». Il est question ici d'un jugement du tribunal administratif de Melun, rendu le 25 mai 2017. En l'espèce, une patiente a adressé le 5 novembre 2013, puis le 25, une demande d'informations sur une infection qu'elle avait contractée lors d'une césarienne. Le centre hospitalier lui a alors indiqué le 26 novembre, que le praticien ayant réalisé l'opération était absent et qu'un entretien serait organisé à son retour. Cet entretien a ainsi eu lieu le 24 janvier de l'année suivante. La patiente a de ce fait saisi le tribunal administratif, afin que le centre hospitalier en cause, mais également l'AP-HP dont il dépend, soient condamnés à l'indemniser du préjudice subi, en raison des fautes commises lors de sa prise en charge. Les juges ont alors estimé que l'AP-HP était hors de cause, mais que la responsabilité du centre hospitalier intercommunal était engagée. Ainsi, « *un centre hospitalier doit informer le*



*patient des circonstances et des causes du dommage dont il a été victime dans un délai de quinze jours à compter de sa demande expresse », « l'absence du praticien ayant opéré la requérante [n'étant] pas de nature à exonérer le centre hospitalier de son obligation ».*

**Hospitalisation d'office – Absence de consentement – Tiers – Maintien de l'hospitalisation (Note sous Cass., 1<sup>ère</sup> Civ., 15 novembre 2017, n°16-24629) (Recueil Dalloz, 2017, p.2373) :**

Note de la rédaction « *Hospitalisation d'office (maintien) : fermeture au tiers du pourvoi en cassation* ». Cet écrit propose un commentaire de la décision rendue par la Cour de cassation en date du 15 novembre 2017. La décision en question traite de l'hospitalisation en l'absence de consentement de l'intéressé, et des conditions nécessaires pour revêtir la qualité de partie à la procédure. En l'espèce un époux a demandé l'admission de son épouse en soins psychiatriques sans consentement, ce qui a été appliqué par une décision du directeur de l'établissement qui a saisi le juge des libertés et de la détention en vue de prolonger la mesure. Ainsi après un rapide exposé des faits, l'article souligne que, selon les dispositions des articles L.3211-12 et R.3211-13 du code de la santé publique, lorsque la saisine du juge des libertés et de la détention n'émane pas du tiers, celui-ci peut demander à être entendu et faire parvenir ses observations par écrit mais il n'est toutefois pas partie à la procédure. A la lumière de ces dispositions, l'article expose que l'époux revêt la qualité de tiers à la procédure dans la mesure où le juge des libertés et de la détention a été saisi par le directeur de l'établissement, et non par lui, il en résulte que l'époux n'est pas parti à la procédure.

### 3 – PERSONNELS DE SANTÉ

---

#### ■ **Législation :**

##### ◇ **Législation interne :**

#### **Certificat – Orthoptiste – Grade de licence (J.O. du 15 décembre 2017) :**

**Décret** n° 2017-1691 du 13 décembre 2017 attribuant le grade de licence aux titulaires du certificat de capacité d'orthoptiste.

#### **Mobilisation – Réserve sanitaire – Équipes technique – Incendie du centre hospitalier – Guadeloupe (J.O. du 5, 6, 9 et 12 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 30 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

**Arrêté** du 1er décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

**Arrêté** du 5 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

**Arrêté** du 7 décembre 2017 relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire

#### **Déclaration – Prestation de services – Professions médicales – Pharmaciens (J.O du 5 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 4 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour les professions médicales et les pharmaciens.

**Désignation – Préfet de région – Compétence – Examen – Demandes d'autorisation d'exercice ou de prestation de services – Professions de santé (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, désignant les préfets de région compétents pour l'examen des demandes d'autorisation d'exercice ou de prestation de services des professions de santé.

**Mécanismes d'alertes – Sanction – Professionnels de santé – Article L.4002-1 du code de la santé publique (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mise en œuvre du mécanisme d'alertes mentionné à l'article L. 4002-1 du code de la santé publique.

**Commissions d'autorisation d'exercice – Ordres des professions de santé – Accès partiel à une profession (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à l'avis rendu par les commissions d'autorisation d'exercice ou par les ordres des professions de santé en cas d'accès partiel à une profession dans le domaine de la santé.

**Reconnaissance – Qualification – Professions de santé – Mesures de compensation (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif aux niveaux de qualification pris en compte pour la détermination des mesures de compensation pour la reconnaissance des qualifications des professions de santé.

**Carte professionnelle européenne – Professions de santé – Article L.4002-1 du code de la santé publique (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mise en œuvre de la carte professionnelle européenne mentionnée à l'article L. 4002-2 du code de la santé publique.

**Déclaration préalable – Prestation de services – Conseillers en génétique – Physiciens médicaux – Préparateurs en pharmacie hospitalière (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour les conseillers en génétique, les physiciens médicaux et les préparateurs en pharmacie et en pharmacie hospitalière, ainsi que pour les professions figurant au livre III de la partie IV du code de la santé publique.

**Concours – Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (J.O. du 12 et 14 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un concours réservé pour l'accès au corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

**Arrêté** du 11 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture des concours externe, interne et du 3<sup>e</sup> concours pour le recrutement d'inspecteurs de l'action sanitaire et sociale.

**Concours – Attaché d'administration hospitalière – Formation (J.O. du 15 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 7 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, portant ouverture du concours pour l'accès au cycle préparatoire du concours interne d'admission au cycle de formation des élèves attachés d'administration hospitalière.

**Concours – Ingénieurs d'études sanitaires (J.O. du 15 décembre 2017) :**

Arrêtés n°31 et n°32 du 11 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture de concours externe et interne pour le recrutement d'ingénieurs d'études sanitaires.

**■ Jurisprudence :****Ordre des médecins – Radiation – Exercice illégal – Médecin généraliste (CE., 24 novembre 2017, n°401564) :**

Un médecin demande au Conseil d'Etat l'annulation de la décision rendue par la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins de première instance de Midi-Pyrénées. Cette décision, confirmée en appel, prévoit la radiation pour le requérant du tableau de l'ordre des médecins. Le médecin mis en cause a été radié, pour avoir pratiqué la médecine au cours d'une période d'interdiction d'exercice prononcée à son encontre. Le Conseil d'Etat par cette décision, va rappeler sa fonction qui consiste à vérifier la proportion de la sanction attribuée par les juges du fond à la faute commise. A ce propos, la Haute juridiction considère que le fait pour le requérant d'avoir continué à exercer la médecine, et ce malgré l'interdiction, est constitutif d'une faute dont la gravité est établie. Sur ce fondement, le Conseil d'Etat énonce que la sanction prononcée en appel est proportionnée à la faute commise et qu'ainsi le médecin requérant n'est pas en mesure de demander l'annulation de la décision.

**Ordre des médecins – Visites médicales – Dépistage obligatoire – Éducation nationale (CE., 24 novembre 2017, n°395858) :**

Dans cette décision du 24 novembre 2017, le Conseil national de l'ordre des médecins forme une requête devant le Conseil d'Etat pour demander l'annulation de l'arrêté du 3 novembre 2015. Cet arrêté est relatif à la périodicité et au contenu des visites médicales et de dépistages obligatoires prévues par l'article L.541-1 du code de l'éducation. La partie requérante conteste les dispositions de l'article 2 et de l'annexe II de l'arrêté qui prévoient que la visite médicale prévues pour les enfants âgés 12 ans, est réalisée par des infirmiers de l'éducation nationale. Le Conseil d'Etat considère à ce propos, que la visite de dépistage réalisée par l'infirmier ne doit pas être confondu avec un examen clinique dont la compétence est dévolue aux seuls médecins. Ainsi, les dispositions mises en cause n'ont pas pour objet d'excéder les compétences dévolues aux infirmiers par le décret du 27 novembre 1991, leur annulation n'est donc pas justifiée. Le Conseil national de l'ordre des médecins reproche de plus à l'arrêté de prévoir que, les données acquises lors de ces visites médicales obligatoires doivent être mises à disposition des personnels de l'éducation nationale étant en charge du suivi des élèves. Le Conseil d'Etat expose que les dispositions litigieuses de l'arrêté prévoyant la transmission des données ne sont pas de nature à assurer le respect du secret professionnel. Sur ce fondement, le Conseil d'Etat prononce l'annulation des seules dispositions de l'arrêtés prévoyant la transmission des données aux personnels de l'éducation.

**Violence – Professionnel de santé – Directeur d'établissement de santé (Cass., 23 novembre 2017, n°16-87355) :**

Un médecin intente un pourvoi en cassation, devant la chambre criminelle, contre un arrêt de cour d'appel auquel il reproche d'avoir confirmé l'ordonnance de non-lieu rendue par le juge d'instruction. Celle-ci concerne un directeur de centre hospitalier prétendument coupable de faits de violences aggravées sur un professionnel de santé. Le médecin requérant, développe ainsi dans son pourvoi une argumentation tendant à établir le bien-fondé de son action en se fondant notamment sur l'arrêt de travail de 15 jours établi à la suite de l'altercation survenue entre les deux hommes. La Cour de cassation considère que l'ordonnance, au travers des recherches effectuées dans le lieu de travail des parties, a bien permis de démontrer l'existence, entre eux, de tensions. Cependant, la chambre criminelle relève surtout dans la décision attaquée que, d'une part, parmi les témoins entendus, personne n'a constaté ou remarqué des violences et que, d'autre part, aucun document médical ne prouve la réalité des coups qu'aurait subis le médecin. Sur ces deux fondements la cour considère que la chambre d'instruction a jugé à bon droit les faits et qu'il y a lieu de rejeter dès lors le pourvoi formé par le demandeur.

**Centre hospitalier – Ophtalmologie – Continuité du service – Procédure disciplinaire- Sécurité des patients (CE., 4 décembre 2017, n°400224) :**

Un centre hospitalier national ophtalmologique demande au Conseil d'Etat, l'annulation de l'arrêt rendu par la cour administrative d'appel de Paris. Cette requête reproche à l'arrêt d'avoir censuré le jugement du tribunal administratif qui confirme la décision adoptée par le directeur d'un centre hospitalier national ophtalmologique. La décision litigieuse prévoyait la suspension de ses fonctions pour le praticien hospitalier. Il était ainsi reproché au demandeur d'avoir créé des résistances et retards, d'avoir contribué à dégrader les relations au sein du service et d'avoir proféré des menaces de mort à l'égard de sa supérieure hiérarchique. Pour infirmer la décision rendue par le tribunal administratif, la cour administrative d'appel a considéré que les faits reprochés au praticien n'étaient pas de nature à compromettre la continuité du service et à affecter la sécurité des patients, ne justifiant ainsi pas le prononcé d'une procédure disciplinaire. Le Conseil d'Etat démontre dans sa décision que la cour d'appel a souverainement apprécié l'incidence des faits sur le fonctionnement du service et que les faits en question n'étaient pas suffisants pour justifier la mesure de suspension des fonctions prononcée par le directeur. Sur ce fondement, le Conseil d'Etat rejette le pourvoi formé par le centre hospitalier.

**Conseil national de l'ordre des médecins – Exercice de la profession – Suspension temporaire – Etat pathologique (CE., 4 décembre, n°395608) :**

Un médecin demande au Conseil d'Etat, l'annulation de la décision adoptée par le Conseil national de l'ordre des médecins en date du 20 octobre 2015. La décision faisant l'objet du litige, a pour effet de suspendre temporairement le droit d'exercer la médecine pour le demandeur. Le requérant soutient qu'en raison de son hospitalisation du 23 septembre au 4 novembre 2015, il n'a pas été en mesure de recevoir la lettre recommandée lui indiquant la date de la séance au cours de laquelle sa situation serait examinée. Le médecin se voit cependant opposer le fait que durant son hospitalisation, il n'a pas pris les mesures nécessaires pour que son courrier lui parvienne dans l'établissement hospitalier. Il est de plus avancé que l'état de santé du requérant n'était pas de nature à rendre impossible la prise des dispositions nécessaires pour recevoir son courrier. Enfin, le Conseil national de l'ordre des médecins s'est fondé sur le rapport d'expertise relatif à l'état de santé du médecin, rapport indiquant que celui-ci souffrait d'un état pathologique ayant pour effet de rendre l'exercice de sa profession dangereuse. Sur ces fondements, le Conseil d'Etat considère que le Conseil national de l'ordre des médecins, a correctement jugé les faits et rejette ainsi le pourvoi formé par le requérant.

**■ Doctrine :****Responsabilité médicale – Faute du praticien – Hors produits défectueux (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286-287, p.10) :**

Note de C. Caillé « *Rappel du principe de la responsabilité médicale pour faute* ». Cet écrit commente la décision rendue par la 1<sup>ère</sup> chambre civile de la Cour de cassation, le 4 octobre 2017. La problématique soulevée par cette décision est celle de la responsabilité médicale pour faute. L'auteur commence son article par un rappel du contexte jurisprudentiel et des faits de l'affaire. A ce propos, il souligne que depuis la réforme de 2002, la responsabilité des praticiens ne peut être engagée qu'en cas de faute prouvée par la victime, exception faite du cas des produits de santé défectueux. Cette nouveauté va à l'encontre de la jurisprudence antérieure de la Cour de cassation qui reconnaissait certains cas de responsabilité sans faute ou de présomption de faute. L'auteur commente ainsi la décision rendue par la cour d'appel, celle-ci reconnaît comme fondée la demande d'un patient visant à engager la responsabilité du chirurgien. Le patient reproche au praticien la présence de certains troubles depuis l'opération qu'il a réalisé. Pour justifier sa décision, la cour d'appel considère qu'il appartient au chirurgien de prouver qu'il n'a pas commis de faute au cours de l'opération, faute qui aurait ainsi entraîné les complications du patient. L'auteur poursuit son développement en expliquant le raisonnement soutenu par la cour d'appel qui réutilise l'ancienne jurisprudence de la Cour de cassation sur la présomption de faute des chirurgiens, appliquée avant la réforme de 2002. L'auteur conclut son article en détaillant la décision rendue par la Cour de cassation qui casse l'arrêt rendu en appel sans surprise selon lui.

**Responsabilité civile médicale – Succession du contrat – Sinistre (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286-287, p.10) :**

Note de C. Caillé « *Assurance responsabilité civile médicale et succession de contrats : quel est celui qui couvre le sinistre ?* ». Par cet article, l'auteur apporte une réflexion sur l'arrêt rendu le 5 octobre 2017 par la Cour de cassation. Cette décision concerne, d'une part, la question de l'application d'un contrat d'assurance lorsqu'un assuré l'a souscrit en ayant connaissance du fait dommageable qu'il a commis, et d'autre part, la question de la détermination du contrat applicable en cas d'une succession de contrats d'assurance. L'auteur débute son écrit en rappelant le principe selon lequel, lorsque plusieurs contrats d'assurance couvrent un même fait générateur, le dommage est couvert par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation de la victime. De plus l'auteur souligne qu'il appartient aux juges de déterminer si l'assuré avait connaissance de l'existence du dommage lors de la souscription du contrat, auquel cas le contrat ne s'appliquera pas. A ce propos, il expose que la décision commentée donne une illustration de ce principe. Dans cette décision, un assureur voulait prouver que le contrat dont il était le garant n'était pas applicable au moment des faits, l'assuré ayant par la suite souscrit un contrat d'assurance auprès d'une autre société. La Cour de cassation rejette le pourvoi formé par l'assureur et approuve la décision rendue par les juges du fond qui ont considéré que le fait générateur du dommage était connu de l'assuré lors de la souscription d'un second contrat d'assurance. Ainsi en application du principe exposé, le premier contrat d'assurance est applicable et doit donc couvrir le sinistre réalisé par l'assuré.

**Divers :****Médecin – Procédure disciplinaire – Mission de service public – Santé publique – Actes de la fonction publique (Note sous CE., 10 juillet 2017, n°396452) (AJDA, novembre 2017, p.2289) :**

L'arrêt rendu par le Conseil d'Etat revient sur les conditions de recevabilité d'une plainte dirigée contre un praticien chargé d'un service public et mettant en cause des actes accomplis par lui à l'occasion de sa fonction publique. Il reconnaît l'irrecevabilité d'une plainte dirigée contre un médecin expert désigné en application de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale devant les juridictions ordinaires, « ces missions d'expertise devant ainsi être regardées comme effectuées par un praticien chargé d'une mission de service public à l'occasion des actes de sa fonction publique ».

**Pharmaciens – Officine – Revenus – Disparités (Études & Résultats, DREES, novembre 2017, n°1039) :**

Dans cette étude, la DREES dresse un panorama du revenu moyen des pharmaciens en tenant compte des diversités de formes juridiques fiscales choisies. L'étude révèle notamment des revenus plus élevés dans les départements du nord de la France, ainsi que des disparités en fonction de l'âge et du sexe du titulaire de la pharmacie. Sont également étudiés les revenus des adjoints d'officine et des pharmaciens salariés, variant de manière importante d'une pharmacie à l'autre.

**Orthophonistes hospitaliers – Rémunération – Grille salariale (www.assemblee-nationale.fr) :**

Réponse du Ministère de la santé à la question n°2898 de Mme la députée Élisabeth Toutut-Picard. Par cette question écrite, la députée attire l'attention de la Ministre des solidarités et de la santé sur la situation des orthophonistes, demandant au gouvernement de préciser ses intentions en matière de revalorisation de la rémunération de la profession. La Ministre lui répond en détaillant certaines mesures prises par le gouvernement comme certaines mesures du protocole « *parcours professionnel, parcours et rémunération* », ainsi que la revalorisation d'environ 17% de la rémunération des orthophonistes.

**Psychomotriciens – Reconnaissance de diplôme (www.assemblee-nationale.fr) :**

Réponse du Ministère de la santé à la question n°2892 de Mme la députée Marine Le Pen. Dans cette question, la députée interroge la Ministre de la santé et des solidarités sur la mise en place d'une procédure d'homologation du diplôme de psychomotricien belge pour les étudiants français ayant obtenu leur diplôme en Belgique pour faire face à l'augmentation des besoins en psychomotriciens en France. La Ministre lui répond en détaillant les différences de

formation entre les deux diplômes, ainsi que les réalités distinctes de l'exercice de la profession de psychomotricien entre les deux pays, avant de conclure sur l'existence d'un dialogue en cours au sein de la commission européenne.

**Médecin traitant – PNDS (Protocole national de diagnostic et de soins) – Syndrome de Cohen** ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)) :

La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié une **Synthèse** à destination des médecins traitants concernant la prise en charge du syndrome de Cohen.

**Officine – Autorisation – Ouverture – Modernisation de notre système de santé** ([www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)) :

Réponse du Ministère de la santé à la question n°2871 de M. le député Guillaume Gouffier-Cha. Le député interroge le ministère de la Santé relativement à une disposition de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, qui autorise, par voie de transfert ou de regroupement l'ouverture d'officines dans divers lieux et notamment dans les aéroports, quartiers d'affaires ou encore les zones touristiques et commerciales. Le député demande si cette ordonnance a bien été prise. Le ministère de la santé indique qu'un projet d'ordonnance a fait l'objet de plusieurs concertations et est actuellement en cours d'instruction par le Conseil d'Etat. Sa publication est prévue avant le 26 janvier 2016. Le projet a trois objectifs principaux : le rééquilibrage du maillage officinal ; la préservation du réseau officinal dans les territoires ruraux ; la simplification et l'allègement des procédures administratives pour les agences régionales de santé ainsi que la clarification des textes dans le but de réduire les divergences d'interprétation.

## 4 – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

---

### ■ Législation :

#### ◇ Législation interne :

**Crédit – Versement – Établissement de santé – Article L.162-22-2-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 6 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 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 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

**Crédit – Versement – Établissement de santé – Article L.162-22-9-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 7 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 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 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale.

**Crédit – Versement – Établissements de santé – Article L.162-23-5 du code de la sécurité sociale (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 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 le montant des crédits à verser aux établissements de santé au titre de l'article L. 162-23-5 du code de la sécurité sociale.



**Établissement de santé – Facturation individuelle – soins hospitaliers (J.O. du 14 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 8 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, fixant la liste des établissements de santé qui démarrent en facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie obligatoire, ainsi que le périmètre de facturation concerné par la facturation individuelle pour chacun de ces établissements de santé.

**■ Doctrine :****Hospitalisation à domicile – Etablissement privé à but lucratif – Pansements complexes – Soins palliatifs – Offre de soins (Les Dossiers de la DREES, décembre 2017, n°23)**

Rapport de la DREES rédigé par L. Mauro : « *Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)* ». Ce dossier a pour ambition d'offrir une rétrospective sur l'hospitalisation à domicile durant les 10 dernières années sous forme de statistiques. En introduction, l'auteur apporte un exposé des chiffres clefs de l'hospitalisation à domicile entre 2006 et 2016. Ainsi, le rapport observe un profond développement de l'hospitalisation à domicile avec, d'une part, un nombre d'établissements proposant ces services qui a doublé entre 2006 et 2016, et d'autre part, un large accroissement de la capacité d'accueil et de prise en charge de ces établissements. Le dossier propose un développement de ces chiffres clefs, en détaillant les raisons qui ont amené l'activité d'hospitalisation à domicile à doubler en 10 ans mais aussi en expliquant la transformation que cela implique sur l'activité d'hospitalisation à domicile. A ce propos, l'auteur indique dans son rapport, que les établissements privés à but lucratif connaissent la plus forte progression. Le rapport se poursuit en s'intéressant à la situation et au statut des personnes ayant recours à l'hospitalisation à domicile, il est notamment expliqué que la patientèle impliquée est vieillissante et que la durée des séjours augmente. Enfin, le dossier s'achève en indiquant les conséquences résultant du fait que l'hospitalisation à domicile occupe une part de plus en plus importante dans l'offre de soins.

**5 – POLITIQUES ET STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES**

---

**■ Législation :****◇ Législation interne :****Concours – Institut national des jeunes aveugles- Enseignement (J.O. du 1<sup>er</sup> décembre 2017) :**

**Arrêté** du 23 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un concours réservé pour l'accès au corps des professeurs d'enseignement général de l'Institut national des jeunes aveugles.

**Arrêté** du 23 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un concours réservé pour l'accès au corps des professeurs d'enseignement technique des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national des jeunes aveugles.

**Concours – Instituts nationaux de jeunes sourds – Enseignement (J.O. du 1<sup>er</sup> décembre 2017) :**

**Arrêté** du 23 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un concours réservé pour l'accès au corps des professeurs d'enseignement général des instituts nationaux de jeunes sourds.

**Agrément – Accord de travail – Établissements – Secteur social et médico-social – Privé (J.O. du 1<sup>er</sup> décembre 2017) :**

**Arrêté** du 28 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, 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.

**Handicap – Emploi accompagné – Convention de gestion et financement (J.O. du 2 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 23 novembre 2017 pris par la Ministre du travail et la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées, relatif aux modèles de conventions de gestion des dispositifs d'emploi accompagné et de financement mentionnées aux III et IV de l'article L. 5313-2-1 du code du travail.

**Subventions – Versement complémentaire – Maisons départementales des personnes handicapées (J.O. du 5 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 1<sup>er</sup> décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, annulant et remplaçant l'arrêté du 16 novembre 2017 relatif au versement complémentaire de subventions aux maisons départementales des personnes handicapées au titre de l'année 2017.

**Aide-ménagère – Domicile – Formulaire – Obsolète (J.O. du 6 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 28 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, abrogeant l'arrêté du 10 novembre 2003 fixant le modèle du formulaire « demande d'aide-ménagère à domicile » devenu obsolète.

**Recrutement – Adjointes techniques – Institut national de jeunes sourds – Paris (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 7 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un recrutement sans concours dans le corps des adjointes techniques à l'Institut national de jeunes sourds de Paris.

**Diplôme d'État – Moniteur éducateur – Formation (J.O. du 15 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 7 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'éducation nationale, modifiant l'arrêté du 18 octobre 2012 relatif au diplôme d'Etat de moniteur éducateur.

**■ Divers :****Convention nationale de mobilisation – Personnes handicapées – Formation professionnelle – Plan d'action (JCP Générale, 27 novembre 2017, n°48, p.1260) :**

Communiqué du ministère du travail en date du 16 novembre 2017 : « *Convention nationale de mobilisation pour l'emploi des personnes handicapées (2017-2020)* ». Le communiqué en question, annonce la signature de la nouvelle convention nationale pluriannuelle de mobilisation pour l'emploi des personnes handicapées et détaille les objectifs de cette convention ainsi que les manifestations et mobilisations prévues dans ce cadre. Concernant les objectifs décrits par le communiqué, il s'agit notamment d'améliorer l'accès à l'emploi et sa mise en œuvre pour les personnes en situation de handicap en mobilisant les employeurs à la fois publics et privés et en optimisant les échanges d'informations. Parmi les objectifs poursuivis par la convention on retrouve aussi l'intention de permettre une formation professionnelle accrue à destination des personnes handicapées. Dans une deuxième partie, le communiqué détaille le plan d'action et sa mise en œuvre prévue par la convention. Enfin le communiqué énumère les réunions organisées dans le cadre de la convention pour donner un compte rendu de l'avancés des mesures mises en œuvre.

**Personnes handicapées – Dispositifs d'accompagnement – Établissements et services médico-sociaux (Les Dossiers de la DREES, novembre 2017, n°22) :**

La DREES a publié le 30 novembre 2017 un **Dossier** intitulé « *Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux* ». Le dossier en question est le fruit d'une réflexion réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'Institut de recherche en santé publique. Ce document retrace ainsi les différentes contributions apportées par les décideurs publics, les chercheurs et les acteurs de terrain, au cours des séminaires relatifs aux dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées. L'objectif de ce dossier est de détailler les échanges et les propositions survenus au cours de cette rencontre pour permettre, à terme, la mise en place d'un appel à projet de recherche sur l'accompagnement des personnes handicapées. Le dossier offre, d'une part, une analyse des évolutions survenues dans le secteur médico-social, et soulève ainsi les problématiques et enjeux qui y sont liés et, d'autre part, une critique réalisée sur l'offre des établissements et services médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap. Cet ensemble est développé de sorte à apporter des réponses et des recommandations aux interrogations des décideurs publics mais aussi pour convertir en question de recherche les questions opérationnelles auxquelles sont soumis les décideurs publics. Enfin, le dossier se conclut par la synthèse d'un rapport détaillant les modalités et les contours de la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français

**Habitat inclusif – Personne handicapées – Personnes âgées – Soutien à l'autonomie de la personne – Inclusion sociale (Guide de l'habitat inclusif, novembre 2017) :**

Le document en question propose une vue d'ensemble sur l'offre d'habitat inclusif à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce guide débute ainsi par une introduction définissant le concept d'habitat inclusif et les critères fondamentaux qui s'y rattachent, en détaillant notamment les avantages de ce nouveau mode d'habitat pour les personnes en perte d'autonomie. Le rapport expose par la suite, les diverses formes que peut revêtir l'habitat inclusif selon les besoins et souhaits des occupants concernés. L'introduction se conclue par l'explication de ce que n'est pas l'habitat inclusif, il est ainsi indiqué qu'il ne s'agit pas d'un établissement social ou médico-social. Le guide apporte un développement scindé en deux grands ensembles. La première partie du guide est consacrée à la présentation des différentes formules possibles pour l'habitat inclusif, ce premier ensemble détaille ainsi la typologie des projets d'habitat inclusif et les acteurs qui y participent. Enfin la première partie s'achève par une réflexion sur la question du statut des personnes vivants dans l'habitat inclusif. Le deuxième ensemble a pour ambition de retracer les étapes nécessaires à l'élaboration et à la réalisation d'un projet d'habitat inclusif. En conclusion, le guide de l'habitat inclusif propose plusieurs annexes, comprenant un catalogue des documents utiles à l'élaboration d'un projet d'habitat inclusif, avec notamment la fiche relative à l'intermédiaire locative.

**6 – PRODUITS ISSUS DU CORPS HUMAIN, PRODUITS DE SANTÉ ET PRODUITS ALIMENTAIRES****■ Législation :**◇ **Législation européenne :****Produits cosmétiques – Problème de sécurité – Niveau d'exposition cutanée – Huile d'arachide (J.O.U.E. du 5 décembre 2017) :**

**Règlement** (UE) 2017/2228 de la Commission du 4 décembre 2017 modifiant l'annexe III du règlement (CE) n° 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil relatif aux produits cosmétiques.

**Produits phytopharmaceutiques – mise sur le marché – approbation ou non-approbation (J.O.U.E. du 15 décembre 2017) :**

**Règlement d'exécution** (UE) 2017/2324 de la Commission du 12 décembre 2017 renouvelant l'approbation de la substance active « glyphosate » conformément au règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et modifiant l'annexe du règlement d'exécution (UE) n° 540/2011 de la Commission.

**◇ Législation interne :****Caractéristiques – Dispositifs médicaux – Conditions de prise en charge – Prestations d'hospitalisation (J.O. du 3 décembre 2017) :**

**Décret** n° 2017-1651 du 30 novembre 2017 relatif au résumé des caractéristiques des dispositifs médicaux et à leurs conditions de prise en charge au titre des prestations d'hospitalisation.

**Liste – Produits – Prestations remboursables – Article L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 1<sup>er</sup> décembre 2017) :**

**Arrêtés** n°20 du 29 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant radiation de produit au titre III 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 sociale (J.O. du 1<sup>er</sup> et 12 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 29 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription des pieds à restitution d'énergie de classe II FLEX-FOOT ASSURE et renouvellement d'inscription de FLEX FOOT BALANCE de la société ÖSSUR EUROPE BV 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 29 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 28 juillet 2017 portant modification des conditions d'inscription des systèmes de neurostimulation médullaire implantable et portant renouvellement d'inscription du système ITREL 4 de la société MEDTRONIC France SAS 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 6 décembre 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'endoprothèse vasculaire périphérique ZILVER PTX de la société COOK 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 6 décembre 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 implants pour plastie endocanalale (stents) inscrits 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 6 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription du pied à restitution d'énergie de classe III XTEND FOOT H100 de la société LINDHE XTEND 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 6 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription des pansements hydrocellulaires anatomiques MEPILEX BORDER de la société MÖLNLYCKE HEALTH CARE SAS au titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables

prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Arrêté** du 6 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant renouvellement, modification des conditions d'inscription des inserts de la hanche LONGEVITY de la société ZIMMER au titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, portant changement de distributeur de ZIMMER, BIOMET SAS et Biomet Merck France et portant radiation de certains produits.

**Arrêté** du 11 décembre 2017 portant inscription du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM de la société PENUMBRA EUROPE GmbH au titre V 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 1<sup>er</sup> et 12 décembre 2017) :**

Arrêté n°21 du 29 novembre 2017, n°12, n°14 du 6 décembre 2017, n°24 du 11 décembre 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.

**Spécialités pharmaceutiques – Agréées – Collectivités – Services publics (J.O. du 5 et 6 décembre 2017) :**

Arrêtés n°5 du 28 novembre 2017, n°15 du 24 novembre 2017, n°29 du 4 décembre 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.

**PUI (pharmacie à usage intérieur) – Autorisation d'exercice (J.O. du 5 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 29 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la commission d'autorisation d'exercice en pharmacie à usage intérieur mentionnée à l'article 7 du décret n° 2017-883 du 9 mai 2017.

**Prise en charge – Spécialités pharmaceutiques – AMM – article L.5126-4 du code de la santé publique (J.O. du 5, 6 et 15 décembre 2017) :**

Arrêtés n°7, n°18, n°19 du 30 novembre 2017 et n°28 du 4 décembre 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.

**Modification – Radiation – Spécialités pharmaceutiques – Prestations d'hospitalisation – article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (J.O. du 5, 6 et 13 décembre 2017) :**

Arrêtés n°5, n°8, n°22, n°23, n°25, n°26, n°27 du 1<sup>er</sup> décembre 2017, n°17 du 30 novembre 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 prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

**Catégories homogènes – Produits de santé – Articles L.165-11 et R.165-49 du code de la sécurité sociale (J.O. du 6 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 1<sup>er</sup> décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 28 novembre 2013 modifié fixant au titre de l'année 2013 les catégories homogènes de produits de santé mentionnées aux articles L. 165-11 et R. 165-49 du code de la sécurité sociale.

**Spécialités pharmaceutiques – remboursables – assurés sociaux (J.O. du 6 et 14 décembre 2017) :**

Arrêtés n°28, n°30 du 4 décembre 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.

**Approbation – Accord national – Objectifs de délivrances – Spécialités génériques (J.O. du 13 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 12 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant approbation de l'avenant 11 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques.

**Prix – Marges – Médicaments remboursables – Vaccins – Préparation spéciale unique pour un individu (J.O. du 13 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 12 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, le Ministre de l'économie et des finances et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

**Spécialités pharmaceutiques – Agréées – Collectivités – Services publics (J.O. du 14 décembre 2017) :**

Arrêté n°28, n°29 du 12 décembre 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.

**Liste – Actes et prestations – Prise en charge – Assurance Maladie (J.O. du 1<sup>er</sup> décembre 2017) :**

**Décision** du 27 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.

**Tarifs forfaitaires – Responsabilité – Groupes génériques (J.O. du 14 décembre 2017) :**

**Décision** du 11 décembre 2017 modifiant le montant des tarifs forfaitaires de responsabilité pour des groupes génériques.

**Tarification – Produits de santé – Spécialités pharmaceutiques – Article L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 1<sup>er</sup>, 7 et 9 décembre 2017) :**

**Avis** relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe II FLEX-FOOT ASSURE visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** modifiant l'avis relatif au tarif et au prix limite de vente au public (PLV) en euros TTC de TITAN visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** de fixation de tarifs et de prix limites de vente au public (PLV) en € TTC des implants pour plastique endocanalaires (stents) visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** relatif à la tarification du pied à restitution d'énergie de classe III XTEND FOOT H100 visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** relatif à la tarification de MEPILEX BORDER visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** relatif à la tarification des pieds à restitution d'énergie visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Avis** relatif à la tarification des produits de la société ZIMMER BIOMET France visés à l'article L. 165-1 du code



de la sécurité sociale.

**Avis** relatif à la tarification du système de thrombo-aspiration PENUMBRA SYSTEM visé à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

**Prix – Spécialités pharmaceutiques (J.O. du 5 et 7 décembre 2017) :**

Avis n°60, n°114 relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

**Prix – Spécialités pharmaceutiques – Article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (J.O. du 5 décembre 2017) :**

Avis n°61, n°129, n°135, n°136, n°137, n°141 relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

■ **Jurisprudence :**

**Conditionnement – Produits cosmétiques – Code NAF – Convention collective applicable (Cass., 23 novembre 2017, n°13-28704) :**

La Cour de cassation se prononce sur l'affectation principale des salariés d'une entreprise d'emballage de produits de santé. Elle souligne que « l'article 1er de la convention collective nationale de la fabrication et de commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire du 1er juin 1989, qui définit son champ d'application, vise « le façonnage ou conditionnement à façon de produits pharmaceutiques, parapharmaceutiques, cosmétiques et d'accessoires » et qu'en cas d'activités multiples, il appartient aux juges du fond, pour déterminer la convention collective applicable à une entreprise à caractère industriel, de rechercher quelle est l'activité principale de l'entreprise en fonction, notamment, de l'affectation réelle des salariés».

**Médiator – Responsabilité – Laboratoire – Réparation du préjudice (Cass., 22 novembre 2017, n°16-23804 et n°16-24719) :**

Dans le cadre de l'affaire du « Mediator », la Cour juge que « *le producteur est responsable de plein droit du dommage causé par le défaut de son produit à moins qu'il ne prouve [...] que l'état des connaissances scientifiques et techniques, au moment où il a mis le produit en circulation, n'a pas permis de déceler l'existence du défaut ; [...]* ». Ainsi, les laboratoires Servier ne pouvaient « *invoquer un risque de développement pour s'exonérer de leur responsabilité* » de mettre sur le marché un produit sécurisé. Le risque connu de ce produit devait faire l'objet d'une information aux patients par le truchement de la notice ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

■ **Doctrine :**

**Responsabilité – Produits de santé défectueux – Service public hospitalier – Contrat administratif (Note sous Ce., 15 novembre 2017, n°403317) (JCP Administrations et Collectivités territoriales, novembre 2017, n°47, p.577) :**

Note de L. Erstein « *Qui juge le fabricant du produit de santé défectueux ?* ». Cet article rappelle que la défectuosité d'un produit défectueux engage toujours la responsabilité du service public hospitalier l'ayant utilisé, et ce, dans la ligne de conduite élaborée par l'arrêt du Conseil d'Etat « Marzouk » le 9 juillet 2003. Le service hospitalier dispose par la suite d'un recours en garantie contre le producteur du produit défectueux. Lorsque le centre hospitalier et le producteur du produit sont liés par un contrat administratif, le litige a lieu devant les juridictions administratives. Au contraire, lorsque le contrat ne revêt pas un caractère administratif, le litige sera porté devant les juridictions judiciaires.

**Produit de santé défectueux – Centre hospitalier – Action en garantie – Responsabilité – Contrat administratif (Note sous Ce., 15 novembre 2017, n°403317) (AJDA, décembre 2017, p.2281) :**

Note de C. Biget « *Juge compétent sur l'action en garantie contre le fabricant d'un produit de santé défectueux* ». L'auteur commente l'arrêt rendu par le Conseil d'Etat en date du 15 novembre 2017. Dans cette affaire concernant le contentieux des prothèses défectueuse, le Conseil d'Etat décide que l'action en garantie engagée par un hôpital public contre un fabricant doit être menée devant les juridictions judiciaires lorsqu'aucun contrat administratif ne lie l'hôpital au fabricant.

**Convention unique – Recherche – Finalité commerciale – Recensement (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.7) :**

Note de K. Haroun « *Recensement de l'usage de la convention unique pour les recherches à finalité commerciale* ». Une instruction en date du 2 octobre 2017 précise les modalités de recensement de l'usage de la convention unique dans le cadre des recherches à finalité commerciale impliquant la personne humaine. L'objectif est de mesurer l'impact de la convention unique notamment en termes de délais de contractualisation. Sont recueillies des données permettant de connaître le nombre de convention conclues, le temps d'instruction du dossier et le numéro d'inscription au registre Clinical Trials.

**Toxicovigilance – Déclaration – Intoxication humaine (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.7) :**

Note de K. Haroun « *Toxicovigilance : les modalités de déclaration des cas d'intoxication humaine sont fixées* ». Un arrêté du 2 octobre 2017 fixe les modalités de déclaration des cas d'intoxication humaine. Ces derniers doivent être déclarés sans délai par les professionnels de santé aux organismes de toxicovigilance. Certains cas d'intoxication échappent toutefois, à cette obligation de déclaration. Ainsi en est-il des intoxications relatives à des produits cosmétiques ou sanitaires destinés à l'homme, aux médicaments vétérinaires et produits alimentaires. Les maladies requérant une intervention urgente sont également dispensées de déclaration. L'auteur indique que des modèles de déclaration sont mis à la disposition des requérants et la déclaration en ligne est privilégiée via le portail de déclaration synapse.

**Cybersécurité – DM – ANSM – Comité (Dictionnaire Permanent, novembre-décembre 2017, n°286/287, p.8) :**

Note de K. Haroun « *Cybersécurité des logiciels dispositifs médicaux : un comité scientifique voit le jour* ». Un comité scientifique provisoire est mis en place par l'ANSM pour traiter des questions relatives à la cybersécurité des logiciels médicaux : le CSST. Les membres de ce comité sont chargés de produire des recommandations en vue de garantir la sécurité des logiciels dispositifs médicaux face à d'éventuels actes de malveillance.

**Divers :****Responsabilité – Produits défectueux – Présomption – Vaccin – Hépatite B – Sclérose en plaque (Note sous Cass., 1<sup>ère</sup> Civ., 18 octobre 2017, n°14-18118) (Revue Droit civil, novembre 2017, n°153)**

Dans cet article, l'auteur indique que la preuve du lien de causalité en matière de produit défectueux peut s'établir au travers de la réunion de présomptions graves, précises et concordantes. Il appartient au juge d'examiner si les éléments de preuve permettent de qualifier la défectuosité du produit. Par deux arrêts du 18 octobre 2017, la Cour de Cassation rejette le pourvoi des requérants qui n'avaient pas présentés de présomptions graves, précises et concordantes. S'il revient au juge de les examiner afin d'en déduire le lien de causalité, les requérants doivent au préalable les mettre en avant. La seule concomitance entre la vaccination et l'apparition de la maladie, et l'absence d'antécédents médicaux, ne permettant pas d'établir de telles présomptions caractérisant le lien de causalité.

**Médicaments – Biologie médicale – Autorité de la concurrence (www.autoritedelaconcurrence.fr) :**

L'Autorité de la concurrence a publié le 29 novembre 2017 une **Décision** relative « *à la saisine d'office pour avis*

*portant sur les secteurs du médicament et de la biologie médicale* ». Ce document de l'Autorité de la concurrence pourrait avoir pour conséquence l'adoption de nouvelles recommandations dans le but de favoriser le jeu de la concurrence via un assouplissement de la réglementation ainsi qu'une analyse des mécanismes de régulation et de fixation des prix. L'enquête proposée porte sur deux volets : l'évaluation des conditions actuelles de concurrence dans la chaîne de distribution du produit et la fixation du prix du médicament. Cette enquête a notamment pour objectif un rééquilibrage des forces en présence.

#### **Indisponibilité – Médicaments – Traitement – Myélome multiple (www.assemblee-nationale.fr) :**

Réponse du Ministère de la santé à la question n°2874 de Mme la députée Virginie Duby-Muller. La députée alerte le ministère de la santé sur l'indisponibilité depuis 2015 de cinq nouveaux médicaments destinés à traiter le myélome multiple, ces derniers faisant l'objet d'un blocage administratif préjudiciable aux patients. Le ministère de la santé indique que le prix de ces traitements est actuellement en cours de négociation et est plus ou moins avancée selon les produits.

#### **Royaume-Unis – Brexit – Médicaments – Procédure nationale – Conséquences (www.hma.eu) :**

L'HMA (Heads of Medicines Agencies) a publié des **Questions & Réponses** intitulées « *Questions & Answers related to the United Kingdom's withdrawal from the European Union with regard to national authorised medicinal products for human use* ». L'HMA a mis à jour son document relatif aux questions / réponses concernant la sortie du Royaume Uni de l'UE et son incidence sur les autorisations de mise sur le marché des médicaments. Le détenteur de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament devant se trouver dans l'UE, des conséquences sont à prévoir. En effet, dès sa sortie de l'UE, le Royaume Uni ne pourra plus bénéficier des règles européennes relatives aux autorisations de mise sur le marché des médicaments.

#### **Réglementation – Médicaments – Union européenne – EMA (www.ema.europa.eu) :**

L'EMA (Agence Européenne du Médicament) a publié un **document** intitulé « *The european regulatory system for medicines – A consistent approach to medicines regulation across the european Union* ». L'Agence européenne du médicament, à travers ce document, nous indique le fonctionnement du système de régulation européen en matière de santé. Plus particulièrement, l'EMA précise de quelle manière les médicaments reçoivent leur autorisation de mise sur le marché, comment les institutions coopèrent et quel est le rôle de chacune (la Commission européenne, les autorités nationales de régulation du médicament ainsi que l'EMA). Concernant les mises sur le marché de médicament, sont distinguées les procédures centralisées, des procédures décentralisées et de reconnaissance mutuelle. Est rappelé le fait que la détermination du prix du médicament est effectuée au niveau de chaque Etat membre, postérieurement à l'autorisation de mise sur le marché. Egalement, il est précisé que la qualité des médicaments en circulation dans l'UE est assurée par des missions de pharmacovigilance réalisées par un comité spécifique (le PRAC). Enfin, l'EMA rappelle que la coopération internationale entre les différents Etats membres est étroite.

#### **Titulaire – AMM – Mesures additionnelles de réduction du risque (MARR) – Modalités – Soumission (www.ansm.sante.fr) :**

L'ANSM a publié un **Avis** aux titulaires d'AMM intitulé « *Modalités de soumission et de présentation des mesures additionnelles de réduction du risque (MARR)* ». Les mesures additionnelles de réduction du risque peuvent être demandées par les autorités si besoin est, dans le cadre du plan de gestion des risques. Cette demande peut se faire lors de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché ou à n'importe quel moment. Ces mesures doivent être validées par l'ANSM et consiste notamment en des documents à destinations des professionnels de santé ou patients dans le but de prévenir la survenue d'effets indésirables. Si un seul laboratoire est impliqué dans la production du médicament, une seule diffusion est requise. Lorsque plusieurs laboratoires sont impliqués, la diffusion est mutualisée. En ce sens, les destinataires de l'information ne reçoivent qu'un document unique. Le présent document a pour objet d'indiquer les démarches relatives à la diffusion, aux modalités de présentations des MARR, à la validation des documents et du plan de communication, ainsi qu'à leur mise en ligne et leur actualisation.

**Médicament biosimilaire – Bon usage – Recommandations – HAS (www.has-sante.fr) :**

La HAS (Haute Autorité de Santé) a publié des **Recommandations** concernant l'usage des médicaments biosimilaires. A travers ce document, la Haute Autorité de Santé nous précise le régime juridique relatif aux médicaments biosimilaire. Après avoir rappelé la définition de ce médicament, à savoir le fait qu'il s'agit d'un médicament produit à partir d'un organisme vivant, cliniquement équivalent au médicament de référence tombé dans le domaine public, la HAS nous indique l'intérêt de ceux-ci. Elle met en avant un intérêt double. Premièrement, les médicaments biosimilaires permettent d'augmenter le nombre de traitement sur le marché ce qui a pour effet d'augmenter la disponibilité de ces derniers et ainsi de favoriser l'accès aux soins. Par ailleurs, la mise sur le marché de médicaments biosimilaires a un intérêt économique : l'offre étant plus conséquente, cela crée une tension sur les prix à la baisse. Il est important par ailleurs de rappeler que ces médicaments sont soumis à des exigences règlementaires strictes visant à démontrer leur qualité et leur équivalence au médicament de référence. Ils ne peuvent, à l'heure actuelle, être prescrit que par les médecins ayant l'autorisation de prescrire le médicament de référence. Les pharmaciens, eux, n'ont pas la possibilité d'user de la substitution lors de la délivrance pour ces traitements.

**7 – SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ AU TRAVAIL****■ Législation :****◇ Législation européenne :****Management environnemental – Eco-Lighthouse – Entreprise – Santé- Politique environnementale**

**Décision d'exécution (UE) 2017/2286** de la commission du 6 décembre 2017 reconnaissant les exigences du système de management environnemental Eco-Lighthouse comme satisfaisant aux exigences correspondantes du système de management environnemental et d'audit (EMAS).

**◇ Législation interne :****Tarifification – Accident du travail – Maladie professionnelle (J.O. du 2 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 24 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, portant modification de l'arrêté du 17 octobre 1995 modifié relatif à la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'arrêté du 6 décembre 1995 modifié relatif à l'application du dernier alinéa de l'article D. 242-6-11 et du I de l'article D. 242-6-14 du code de la sécurité sociale relatifs à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

**Tarifification – Accident du travail – Maladie professionnelle – Mesures d'ajustement des coûts moyens (J.O du 2 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 24 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant modification de l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif à la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et fixant les risques bénéficiant des mesures d'ajustement des coûts moyens.

**Fixation – Coûts – Catégories – Incapacité temporaire – incapacité permanente – Maladies professionnelles – Articles D.242-6-6 et D.242-34 du code de la sécurité sociale (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, fixant les coûts moyens des catégories d'incapacité temporaire et d'incapacité permanente

mentionnées aux articles D. 242-6-6 et D. 242-34 du code de la sécurité sociale pour le calcul des cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles des établissements relevant du régime général et des établissements situés dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle pour l'année 2018.

## ■ Jurisprudence :

### **Arrêt maladie – Nouvelle affectation refusée – Préconisation du médecin du travail – Licenciement (Cass., soc., 22 novembre 2017, n°16-15579) :**

A la suite d'une visite de reprise, un salarié a refusé la nouvelle affectation proposée par son employeur au motif qu'elle ne correspondait pas aux préconisations du médecin du travail et saisi le conseil des prud'hommes en sa formation de référé. Par la suite, le salarié a été licencié pour faute grave en raison d'une absence injustifiée à son poste. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel annulant le licenciement et ordonnant la réintégration du salarié à un poste conforme aux préconisations du médecin du travail. En effet, selon la Cour de cassation, « *le juge ne peut, en l'absence de disposition le prévoyant et à défaut de violation d'une liberté fondamentale, annuler un licenciement.* » Ainsi, il n'entre pas dans les pouvoirs du juge des référés d'ordonner la nullité d'un licenciement lorsque cette nullité n'est pas encourue.

### **Accident du travail – Rupture du contrat de travail – Absences injustifiées (Cass., soc., 22 novembre 2017, n°16-22939) :**

Un salarié conteste son licenciement pour faute grave en raison d'une absence injustifiée à son poste de travail. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel mais seulement en ce qu'il ordonne l'inscription au passif de l'employeur d'une somme au titre du licenciement. En effet, la Cour d'appel n'a pas déduit de ses constatations la nullité du licenciement en application de l'article L. 1226-13 du code du travail. Cette nullité ouvrirait droit pour le salarié aux indemnités de rupture et à une indemnité réparant le préjudice résultant du caractère illicite du licenciement au moins égal à celle prévue par l'article L. 1235-3 du même code dans sa rédaction applicable au litige.

### **Arrêt de travail – Versement d'indemnités journalières – Refus – Fausse déclaration – Questionnaire de santé (Cass., Civ.2<sup>ème</sup>, 23 novembre 2017, n°16-22938) :**

En l'espèce, le requérant a adhéré à un contrat collectif d'assurance, lui garantissant, notamment, le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. Il assigne l'assureur en exécution du contrat, lequel lui a refusé sa garantie en invoquant une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé rempli lors de son adhésion alors qu'il justifiait avoir été en arrêt de travail. La Cour de cassation rejette le pourvoi de l'assureur estimant que « *sous couvert des griefs non fondés de violation de la loi et de défaut de base légale, le moyen ne tend qu'à remettre en cause l'appréciation de la cour d'appel qui a souverainement estimé que le salarié avait, au vu de la formulation de la question n° 7 posée par l'assureur dans le questionnaire de santé, pu répondre de bonne foi qu'il n'avait aucune maladie des os et des articulations.* »

### **CPAM – Expertise médicale – Accident du travail – Présomption d'imputabilité – Preuve (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-25674) :**

Une caisse d'assurance maladie a refusé, au vu des conclusions de l'expertise médicale, de prendre en charge au titre de la législation professionnelle l'accident d'un salarié survenu au temps et au lieu de travail. Le salarié conteste le refus et fait grief à l'arrêt rendu par la Cour d'appel de rejeter sa demande alors que la présomption d'imputabilité au travail de l'accident ne peut être écartée que par la preuve que cet accident est dû à une cause totalement étrangère au travail. La Cour de cassation rejette le pourvoi du salarié. Les constatations et énonciations de la Cour d'appel soulignent que l'accident avait une cause totalement étrangère au travail et que la présomption d'imputabilité devait être renversée de sorte que l'accident ne pouvait pas être pris en charge au titre de la législation professionnelle. En effet, pour écarter la présomption d'imputabilité édictée par l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale, l'arrêt retient « *que les conclusions claires, précises et circonstanciées de l'expert*



*judiciaire désigné par la cour d'appel, permettent d'exclure tout lien entre les lésions et des conditions de travail pathogènes. »*

**Fonds d'indemnisation - Victimes de l'amiante – Maladie professionnelle – Présomption d'imputabilité (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-26030) :**

Un employeur conteste l'opposabilité à son égard de la décision de prise en charge d'une maladie au titre de la législation professionnelle. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt rendu par la Cour d'appel. En effet, la Cour d'appel a privé sa décision de base légale en ne recherchant pas si la pathologie présentée par la victime était un cancer broncho-pulmonaire primitif au sens du tableau et le tableau n° 30 bis des maladies professionnelles, ce qui était pourtant contesté par l'employeur.

**CPAM – Taux d'incapacité – Maladie professionnelle – Nature de la pathologie (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-21792) :**

Un employeur conteste l'opposabilité d'une décision de la caisse primaire d'assurance maladie fixant le taux de l'incapacité permanente de travail d'un de ses anciens salariés victime d'une maladie professionnelle. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification (CNITAAT) rejetant le recours de l'employeur. D'une part, la Cour de cassation constate que le défaut ou le caractère insuffisant ou erroné de la motivation de la décision de la caisse se prononçant sur le taux d'incapacité du salarié permet seulement à son destinataire d'en contester sans condition de délai le bien-fondé devant le juge. Le moyen selon lequel ne constitue pas une motivation suffisante au regard des exigences des articles L. 115-3, R. 434-32 du code de la sécurité sociale et 3 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 la décision de la caisse qui se borne à indiquer la nature de la pathologie et le taux d'incapacité retenu, sans la moindre indication des considérations de fait ayant justifié ce taux est donc inopérant. Toutefois, la Cour de cassation estime que la CNITAAT a méconnu les exigences de l'article L.143-10 du code de la sécurité sociale en retenant que le rapport d'incapacité permanente partielle a été dûment communiqué au médecin désigné par l'employeur.

**Obligation d'information – CPAM – Maladie professionnelle – Certificat médical initial (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-24838 et n°16-24837 et n°16-24839) :**

Une salariée est atteinte d'une maladie prise en charge au titre de la législation professionnelle. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt accueillant le recours de l'employeur contestant l'opposabilité de la décision de prise en charge à son égard. Selon la Cour de cassation, la Cour d'appel a privé de base légale sa décision en se fondant sur deux éléments médicaux extrinsèques pour accueillir le recours de l'employeur, et ce, sans prendre en compte l'avis favorable du médecin-conseil fixant la date de la première constatation médicale de la maladie. En effet, en application des articles L. 461-1 et L. 461-2 du code de la sécurité sociale, la première constatation médicale de la maladie professionnelle concerne toute manifestation de nature à révéler l'existence de cette maladie et n'est pas soumise aux mêmes exigences de forme que le certificat médical initial.

**Maladie professionnelle – Taux d'incapacité – CPAM – Médecin du travail – Lien direct et essentiel (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-25902) :**

Un salarié conteste le refus de prise en charge au titre de la législation professionnelle d'une affection non désignée dans un tableau de maladies professionnelles. La Cour de cassation estime que les motifs de la Cour d'appel sont impropres à caractériser l'existence d'un lien direct et essentiel entre la maladie et le travail habituel de la victime en application de l'article L. 461-1, alinéa 4, du code de la sécurité sociale. En effet, selon ce texte, peut être reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 %. Par conséquent, la Cour de cassation casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel.



**Indemnité journalière – Assurance maladie – CPAM – Arrêt de travail – Régime obligatoire (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-25310) :**

En l'espèce, la requérante a saisi une juridiction de sécurité sociale pour contester le refus de la caisse primaire d'assurance maladie de lui verser les indemnités journalières au titre d'un arrêt de travail. La Cour de cassation rejette le pourvoi de la requérante. La Cour d'appel a exactement déduit que la requérante ne pouvait pas bénéficier des prestations en espèces de ce régime. D'une part, elle retient que la requérante ne relevait plus du régime général de sécurité sociale même si elle bénéficiait encore de l'allocation de solidarité spécifique. D'autre part, la Cour d'appel constate également que la requérante ne relevait plus du régime général à la date de l'arrêt de travail litigieux du fait de son affiliation au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles.

**QPC – Maladie professionnelle – Indemnisation – Accident du travail – Faute inexcusable (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-25058) :**

En l'espèce, une salariée victime d'un accident du travail a saisi une juridiction de sécurité sociale qui a retenu la faute inexcusable de son employeur. La Cour de cassation casse et annule l'arrêt en ce qui concerne la fixation de la somme relative à l'indemnisation du préjudice de la salariée pour la perte de revenus pendant ses arrêts de travail. En effet, cette perte de revenus avait été indemnisée par l'attribution des indemnités journalières, puis, après consolidation, par l'attribution d'une rente d'accident du travail. Or, en allouant à la salariée une somme au titre de cette perte de revenus professionnels en plus des indemnités journalières et de la rente majorée, la Cour d'appel a violé l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale. Il résulte en effet de ce texte, « *tel qu'interprété par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2010-8 QPC du 18 juin 2010, qu'en cas de faute inexcusable, la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle peut demander à l'employeur, devant la juridiction de sécurité sociale, la réparation d'autres chefs de préjudice que ceux énumérés par le texte précité, à la condition que ces préjudices ne soient pas déjà couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale.* » Ainsi, d'une part, la perte de revenus professionnels avant la consolidation est compensée par le versement d'indemnités journalières. D'autre part, la perte de gains professionnels résultant de l'incapacité permanente partielle qui subsiste au jour de la consolidation ainsi que l'incidence professionnelle de l'incapacité et le déficit fonctionnel permanent subis par la victime sont indemnisés par l'attribution de la rente d'incapacité permanente majorée.

**CPAM – Taux d'incapacité – Indemnisation – Accident du travail (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-25309) :**

En l'espèce, une salariée victime d'un accident du travail s'est vu reconnaître par décision de la caisse primaire d'assurance maladie un taux d'incapacité permanente partielle de 10 %. L'employeur conteste la décision de la caisse. Il forme un pourvoi à l'encontre de l'arrêt rendu par Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail déclarant son recours irrecevable. La Cour de cassation rejette le pourvoi. D'une part, l'indication dans la notification de la décision de la caisse que le délai court à peine de forclusion n'est pas exigée par les articles R. 143-7 et R. 143-31 du code de la sécurité sociale. De fait, la Cour nationale a légalement justifié sa décision et n'avait pas à rechercher si la lettre de notification de la décision de la caisse indiquait que le délai était un délai de forclusion. D'autre part, la lettre de notification de la décision de la caisse prise dans les conditions d'application de l'article R. 434-32 du code de la sécurité sociale, ne constitue pas une décision au sens de l'article 4, alinéa 2, de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, devenu l'article L. 212-1, alinéa 1er, du code des relations entre le public et l'administration. De fait, la Cour nationale a légalement justifié sa décision en retenant que les dispositions de l'article R. 434-32 du code de la sécurité sociale n'exigent pas, à peine de nullité, que la lettre de notification soit signée par le directeur ou un agent de l'organisme titulaire d'une délégation de pouvoir ou de signature de celui-ci.

**CPAM – Taux d'incapacité – Faute inexcusable – Accident du travail (Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 30 novembre 2017, n°16-20019, 16-20157) :**

Un salarié intérimaire a été victime d'un accident du travail. Le taux d'incapacité permanente partielle résultant de l'accident a été réévalué à 20 % par décision d'un tribunal du contentieux de l'incapacité. Le salarié demande la reconnaissance de la faute inexcusable de son employeur, lequel conteste l'opposabilité de la décision du tribunal et demande à être relevé et garanti des condamnations susceptibles d'être prononcées à son encontre. La Cour de

cassation considère que la Cour d'appel a modifié l'objet du litige et violé les articles 4 et 5 du code de procédure civile. En effet, l'arrêt retient que l'entreprise utilisatrice devrait garantir l'employeur des conséquences financières des réparations complémentaires versées à la victime et du coût de l'accident du travail alors que l'employeur n'avait pas formulé de demande relative à la répartition du coût de l'accident du travail. Par conséquent, elle casse et annule l'arrêt.

## ■ Doctrine :

### **Accident du travail – Maladie professionnelle – Report illimité – Jours de congés (Les cahiers sociaux, décembre 2017, n°302, p.23) :**

Note de J. Icard « *Report illimité des jours de congés payés acquis en cas d'impossibilité de prendre les congés payés annuels en raison d'absences liées à une maladie, un accident du travail ou une maladie professionnelle* ». L'auteur apporte dans son écrit, une réflexion sur la décision rendue le 21 septembre 2017, par la chambre sociale de la Cour de cassation et ayant pour thème, le report des congés payés non pris par des salariés. Dans cette décision, il est question de salariés ayant été absents de leur travail pour cause de maladies, d'accidents du travail, et qui ont bénéficié de report pour les jours de congés payés non pris. La problématique exposée dans cet arrêt provient du statut interne de l'entreprise, celui-ci prévoit une limite d'une année pour poser les congés payés ainsi reportés. L'auteur débute son article par un résumé des faits de l'affaire pour ensuite détailler l'application jurisprudentielle des dispositions de la directive 2003/88, par la Cour de Justice de l'Union européenne et par la Cour de cassation. L'auteur rappelle à ce propos, la distinction posée par la jurisprudence européenne s'agissant des travailleurs du secteur public et des travailleurs du secteur privé. Ainsi, il considère cette distinction comme étant très inégalitaire pour les travailleurs et justifiée par des fondements largement insuffisants. L'auteur conclut son article par une analyse de la solution adoptée par la chambre sociale en la comparant à la jurisprudence européenne, il critique ainsi la décision rendue en ce qu'elle ne fixe pas de délai pour le report des congés payés, en dépit de la recommandation du juge administratif.

### **Accident de mission – Preuve d'interruption de mission – Responsabilité de l'employeur (Les Cahiers sociaux, décembre 2017, n°302, p.32) :**

Note de M. Keim-Bagot « *Accident de mission : danser en discothèque, un risque professionnel ?* ». Dans cet écrit, l'auteur commente la décision de la 2<sup>ème</sup> chambre civile rendue le 12 octobre 2017, relative au risque professionnel. L'auteur débute son article par un récapitulatif des faits et du contexte jurisprudentiel de l'affaire. Il détaille ensuite l'ancienne position de la Cour de cassation en la matière, abandonnée en 2001 et qui consistait à prévoir un critère de distinction pour déterminer ce qui relève d'un accident de travail pendant une mission. L'auteur compare ainsi l'ancienne solution retenue avec le raisonnement actuel, selon lequel, l'accident survenu en mission est réputé être un accident du travail ce qui a pour effet de renverser la charge de la preuve de l'interruption de la mission pour un motif personnel. L'auteur souligne ainsi, que la décision commentée est un parfait exemple de l'application de ce raisonnement par les juges du fond. Il explique à ce propos, que la notion d'interruption de la mission pour risque professionnel n'est pas suffisamment définie par la Cour et qu'il en résulte une réelle incohérence qui se retrouve dans la décision commentée. L'auteur conclut son écrit en notant que l'arrêt commenté apporte tout de même une méthodologie stricte de la preuve pesant sur l'employeur.

### **Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles – Inscription au tableau – Conditions (Les Cahiers sociaux, décembre 2017, n°302, p.35) :**

Note de M. Keim-Bagot « *CRRMP : le juge de la sécurité sociale soumis aux mêmes obligations qu'une caisse primaire d'assurance maladie* ». Par cet article, l'auteur apporte un développement sur la décision rendue par la 2<sup>ème</sup> chambre civile de la Cour de cassation le 21 septembre 2017. Il débute son écrit par un exposé de la législation relative aux maladies professionnelles avant de détailler le déroulement des faits de la décision commentée. Ainsi, un salarié demande et obtient la reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie avant de décéder de son affection. L'employeur du salarié conteste le caractère professionnel de la maladie pour s'opposer à l'action des ayants droit du salarié tendant à la reconnaissance d'une faute inexcusable. Cette action de l'employeur est permise par une règle jurisprudentielle tirée de l'arrêt rendu par la 2<sup>ème</sup> chambre civile le 5

novembre 2015. L'auteur va ainsi critiquer cette solution jurisprudentielle et l'interprétation retenue par les juges de la deuxième chambre civile. Il poursuit son développement en exposant le raisonnement des juges de la Cour de cassation qui consiste à soumettre la Cour d'appel à l'avis préalable d'un CRRMP pour reconnaître l'origine professionnelle de la maladie affectant le salarié. L'auteur conclut ainsi son article en apportant une triple critique de ce raisonnement et en posant les problématiques soulevées par la solution retenue par la Cour de cassation.

**Médecin conseil – Pièces du dossier médical – Incapacité permanente de travail (Les Cahiers sociaux, décembre 2017, n°302, p.34) :**

Note de D. Asquinazi-Bailleux « *Contentieux technique : pas de pièces médicales dans le rapport transmis par le médecin conseil* ». Dans son écrit, l'auteur s'inspire de la décision rendue le 21 septembre 2017 par la 2<sup>ème</sup> chambre civile de la Cour de cassation pour apporter une réflexion sur le débat relatif à la communication des pièces médicales au médecin mandaté par l'employeur. L'auteur expose ainsi que l'introduction de l'article L. 141-2-2 dans le code de la sécurité sociale relance le débat précité. En effet, l'auteur souligne que les dispositions de l'article L. 141-2-2 s'opposent à l'interprétation donnée par la Cour de cassation de l'article L.143-10 qui prévoit que le médecin conseil en charge du contrôle médical peut transmettre au médecin mandaté par l'employeur le rapport médical ayant contribué à fixer le taux d'incapacité permanente de travail. L'auteur poursuit son développement en rappelant les faits de l'affaire et en replaçant la décision du 21 septembre 2017 dans son contexte jurisprudentiel. L'article détaille ensuite la position adoptée par la Cour de cassation, celle-ci rejette le pourvoi formé et expose le principe selon lequel les pièces médicales ne doivent pas être jointes au rapport médical. L'auteur met en parallèle cette décision avec un arrêt rendu le 10 mars 2016 et un arrêt rendu le 18 décembre 2014 par la 2<sup>ème</sup> chambre civile pour expliquer la fébrilité de la position retenue par cette juridiction. L'auteur conclut son écrit par une analyse de la portée de l'arrêt du 21 septembre, il considère à ce propos, que la décision adoptée revêt une portée discutable et est susceptible de faire l'objet d'un revirement de jurisprudence.

**CHSCT – Comité social et économique – Capacité d'intervention (Revue de droit du travail, novembre 2017, n°11, p.691) :**

Note de H. Lanouzière, I. Odoul-Asorey et F. Cochet « *La fusion des institutions représentatives du personnel porte-t-elle atteinte à leur capacité d'intervention en matière de santé et de sécurité au travail ?* ». Cet article apporte des analyses divergentes, proposées par trois auteurs, concernant les conséquences de la fusion des institutions représentatives du personnel mise en place par les ordonnances du 22 septembre 2017. La première approche de ce commentaire est donnée par H. Lanouzière qui détaille les enjeux de la réforme et l'explique selon trois niveaux distincts, la stratégie, la proximité et l'expertise. Ce premier auteur conclut son raisonnement en considérant que, si la nouvelle institution représentative du personnel semble prometteuse il demeure cependant que son efficacité reste subordonnée à l'utilisation qui en sera faite par les acteurs concernés. La deuxième partie de l'article est développée par I. Odoul-Asorey, qui débute son raisonnement en rappelant les évolutions et améliorations permises en matière de santé au travail par l'institution du CHSCT. L'auteur considère comme regrettable l'abandon de cette institution qui permettait selon elle, à la fois une certaine spécialisation et une indépendance décisionnelle. L'auteur apporte dans son développement une critique de la fusion orchestrée, qui aura pour effet, selon elle, de largement restreindre la capacité d'action et d'intervention des membres du comité social et économique. Le dernier auteur F. Cochet, émet quant à lui des réserves sur les modifications apportées par la réforme, il considère notamment que la nouvelle ordonnance a pour effet de bouleverser les modalités du dialogue social sur les questions de santé au travail. Dans son écrit, l'auteur explique que les modifications apportées représentent un risque de régression pour la prévention, cependant il poursuit en proposant des pistes envisageables pour réduire les difficultés liées à la fusion des institutions représentatives du personnel.

**Conditions de travail – Maternité – Risques pour la santé – Médecine du travail – Surveillance médicale (Revue de droit du travail, novembre 2017, n°11, p. 729) :**

Note de M. Becker et M. Miné « *Protection des femmes enceintes contre l'exposition à des risques* ». Dans cet écrit, les auteurs proposent un résumé des travaux relatifs à, l'amélioration de la protection des femmes enceintes contre l'exposition à des risques, dans le code du travail. L'article débute ainsi par un exposé de la réglementation actuelle visant à permettre la protection de la salariée enceinte. Les auteurs décomposent cette première partie sous deux axes de réflexion, d'une part, l'aménagement des conditions de travail et le changement temporaire

d'affectation des femmes enceintes et d'autre part, la surveillance médicale. L'article distingue ainsi dans cette 1<sup>ère</sup> partie, un cas général qui permet un changement temporaire d'affectation pour nécessité médicale, avec trois cas particuliers qui donnent droit à un changement temporaire d'affectation ou à une suspension du contrat de travail avec une garantie de rémunération en cas d'impossibilité de reclassement. Les auteurs de l'écrit détaillent et énumèrent les différentes hypothèses et dispositions applicables pour chaque cas particulier. L'article se poursuit dans une seconde partie, qui offre une présentation des axes d'améliorations recommandés par le groupe de travail concernant les dispositions de protection des salariées enceintes. Sont ainsi développés 4 recommandations, comprenant notamment l'élargissement des facteurs de risques en prenant en compte de nouveaux facteurs comme les températures élevées, les horaires ou encore le travail physique.

### **Surveillance sanitaire – Avis d'inaptitude – Médecin compétent – Protection de la santé – Droit italien (Revue de droit du travail, novembre 2017, n°11, p.746) :**

Note de M. Vincieri « *Le rôle du "médecin compétent" et le droit de l'inaptitude dans la législation italienne* ». Cet article a pour ambition de détailler le rôle et les différentes fonctions du médecin dans la législation italienne et notamment à la lumière du décret législatif n°81/2008. L'auteur débute ainsi son écrit en détaillant la définition et les missions du médecin du travail selon le décret précité. Elle souligne à ce propos que les nouvelles dispositions enrichissent l'activité de surveillance sanitaire du médecin mais elle nuance cependant les modifications apportées en relevant certaines critiques. L'auteur formule ainsi des réserves notamment en ce qui concerne l'article 18 qui prévoit, parmi les obligations de l'employeur, l'obligation de nomination d'un médecin chargé de la surveillance sanitaire. L'auteur poursuit ainsi son écrit en développant les dispositions du décret n°81/2008 relatives à la surveillance sanitaire, dispositions dont elle soulève les problématiques engendrés par leurs applications. Est ensuite abordée la problématique de l'avis d'inaptitude à une tâche spécifique et les mesures que cela implique. Est à ce propos soulignée la difficulté inhérente à l'obligation de reclassement du salarié. En effet, si cette obligation n'est pas réalisable elle peut justifier le licenciement du salarié par l'employeur. Enfin, l'auteur conclut son article en apportant une réflexion comparative de la réglementation relative au médecin compétent entre l'ordre juridique italien et les ordres juridiques français et espagnol.

### **Accident du travail – Inaptitude – Licenciement – Impossibilité de reclassement – Cessation totale d'activité (Note sous Cass., Soc. 4 octobre 2017, n°16-16441) (Jurisprudence Sociale Lamy, 29 novembre 2017, n°442) :**

Note de P. Pacotte et J. Layat-Lebourhis « *Cessation totale d'activité et impossibilité de reclassement du salarié inapte* ». Dans cet écrit, l'auteur apporte une réflexion sur la décision rendue par la chambre sociale le 4 octobre 2017. La problématique soulevée dans cet arrêt est celle du licenciement d'un salarié en raison de la cessation totale d'activité et de l'impossibilité de reclassement. L'article débute ainsi par un rapide exposé des faits et du contexte jurisprudentiel de l'affaire. L'auteur poursuit son développement en proposant une analyse de la décision et de sa portée. Il expose à ce propos le principe retenu par la chambre sociale dans cette décision et selon lequel, les dispositions d'ordre public ayant trait au reclassement d'un salarié inapte sont impératives, même s'il s'agit d'un licenciement pour motif économique. Ce principe est cependant soumis à une exception si la société est en situation de cessation totale d'activité et n'appartient pas à un groupe, alors les dispositions d'ordre public ne sont plus applicables. L'auteur poursuit son développement en se fondant sur le principe précité, en le décomposant en quatre angles de réflexion, respectivement, le caractère d'ordre public des dispositions, l'absence d'incidence du motif économique sur les dispositions d'ordre public, la cessation totale d'activité rendant impossible le reclassement et enfin la cessation d'activité et l'appartenance à un groupe.

### **Amiante – Préjudice réparable – Préjudice d'anxiété – Indemnisation (Note sous CA., soc., 7 juillet 2017, n°1602938) (La Semaine Juridique Edition Générale, novembre 2017, n°48, 1267) :**

Note de Y. Gasser « *L'exposition d'un mineur de fond au danger d'émanations nocives constitue-t-elle un préjudice réparable ?* ». Dans cet écrit, l'auteur apporte une réflexion sur la décision du 7 juillet 2017, rendue par la cour d'appel de Metz. Cet arrêt traite de la réparation du préjudice d'anxiété subi par un salarié pour avoir été exposé à des substances nocives. L'auteur débute son article en récapitulant les faits et le déroulement jurisprudentiel de l'affaire, il poursuit son analyse en détaillant le raisonnement tenu par les juges du fond. L'auteur souligne à ce propos, le maintien de la solution jurisprudentielle qui refuse l'indemnisation du préjudice d'anxiété au salarié, en considérant que « le risque d'un préjudice n'est pas un préjudice indemnisable ». L'auteur considère



qu'il s'agit d'une solution discutable, en effet, il conteste la thèse retenue par les juges, selon laquelle, le fait d'être exposé à un danger grave contre sa volonté ne constitue pas un préjudice réparable.

**Inaptitude médicale – Médecin du travail – Examen médical – Licenciement (Note sous Cass., soc., 21 sept. 2017, n°16-16549) (La Semaine Juridique Social n°47, 28 novembre 2017, 1381) :**

Note de M. Babin « *La validité du constat d'inaptitude médicale délivré sous la forme d'un courrier du médecin du travail* ». Dans cet écrit, l'auteur apporte une réflexion sur la décision rendue par la Cour de cassation en date du 21 septembre 2017. L'auteur débute son article par un résumé des faits et du contexte jurisprudentiel de l'affaire, pour ensuite en dégager la problématique. Selon lui, la problématique de cet arrêt traite, d'une part, de la validité contestée du constat d'inaptitude en raison d'un vice de forme et d'autre part, des conditions dont disposent le salarié pour contester le constat d'inaptitude et le licenciement qui en résulte. L'auteur poursuit son développement en détaillant le raisonnement de la cour d'appel et les arguments avancés par l'employeur pour contester le licenciement sans cause réelle et sérieuse. Une fois les thèses des parties exposées, l'article détaille la solution adoptée par la Cour de cassation qui retient l'argumentation de l'employeur. L'auteur souligne à ce propos, la volonté de la Cour de cassation d'énoncer un principe par cette décision, il en nuance cependant la portée qui selon lui, sera prochainement remise en cause par l'adoption des nouveaux textes applicables. Les développements suivants traitent spécifiquement de la pertinence de cette solution et du principe qui y est inhérent à la lumière des nouveaux textes applicables. Il compare ainsi la solution adoptée avec les anciens et nouveaux textes pour mettre en parallèle les modifications et les interrogations qui en découlent. Enfin l'auteur conclut son article en exposant les interrogations soulevées par cette décision et auxquelles la solution de la Cour de cassation n'apporte pas de réponse.

**Accident de mission – Acte professionnel – Acte de vie courante – Motif personnel – Charge de la preuve (Note sous Cass., 2<sup>ème</sup> Civ., 12 octobre 2017, n°16-22481) (La Semaine Juridique Social, n°48, décembre 2017, p.1394) :**

Note de A. Derue : « *De l'accident de mission à l'accident de trajet* ». L'auteur apporte dans son écrit, une réflexion sur la décision rendue le 12 octobre 2017, par la 2<sup>ème</sup> chambre civile de la Cour de cassation et ayant pour thème, les accidents de mission en droit du travail. L'auteur débute son article par un rappel de la définition d'accident du travail, pour ensuite souligner les difficultés relatives à la qualification d'accident du travail dans le cadre de missions professionnelles impliquant une itinérance ponctuelle ou permanente. L'auteur poursuit son développement en comparant la décision commentée avec deux arrêts du 19 juillet 2001, il démontre à ce propos, que la Cour de cassation dégage un principe identique dans ces trois arrêts, sans jamais définir réellement la notion d'accident de mission. L'article propose dans cette continuité un résumé des faits relatifs aux deux arrêts du 19 juillet 2011, afin d'illustrer la portée de cette jurisprudence. L'auteur note que la jurisprudence semble constante en la matière mais qu'elle demeure difficile à appréhender, notamment en termes de cohérence entre les différentes décisions. L'auteur apporte toutefois une précision sur la décision en date du 5 septembre 2005. Dans cet arrêt, la Cour de cassation refuse la qualification d'accident de travail au motif que, l'accident est survenu dans un département n'étant pas inclus dans le secteur commercial du salarié et ainsi justifiant l'interruption de la mission pour un motif d'ordre personnel. L'auteur poursuit son développement et expose qu'en dépit de l'aspect très protecteur de cette jurisprudence, elle constitue un véritable fardeau pour l'employeur dans la mesure où la charge de la preuve lui est dévolue. L'article se conclut par une illustration de cette difficulté probatoire pour l'employeur à travers la décision du 12 octobre 2017.

**Laboratoire d'étalonnages et d'essais – Pratiques de travail – Norme ISO (www.iso.org) :**

Note de S. Tranchard « *Publication de la nouvelle édition d'ISO/IEC 17025* ». La norme ISO/IEC 17025 a été mise à jour dans le but de prendre en compte les évolutions réglementaires en matière environnementale et les pratiques de travail des laboratoires. Les laboratoires disposant déjà d'une accréditation bénéficient d'un délai de trois ans afin de conformer leurs pratiques à la nouvelle réglementation. Les changements sont notamment relatifs au domaine d'application (prise en compte des essais, étalonnages et échantillonnage en vue d'essais et étalonnage ultérieurs) ; à l'approche processus (en se rapprochant de plusieurs autres normes ISO). Il est à noter également une prise en considération des technologies de l'information et l'élaboration d'une approche fondée sur le risque.

## ■ Divers :

### **Inaptitude – Médecin du travail – Obligation de réentrainement – Obligation de rééducation professionnelle (Note sous Cass., Soc. 6 octobre 2017, n°16-16813) (Jurisprudence Sociale, novembre 2017, n°442) :**

Note de la rédaction « *La déclaration d'inaptitude du salarié à son poste par le médecin du travail n'est pas de nature à libérer l'employeur de son obligation de réentrainement ou de rééducation professionnelle* ». L'article propose un commentaire de la décision du 6 octobre 2017, par laquelle la chambre sociale réitère sa position concernant l'obligation de réentrainement ou de rééducation professionnelle, qui incombe à l'employeur au bénéfice du salarié déclaré inapte par le médecin du travail. L'article débute ainsi par un rappel des textes prévoyant les obligations de l'employeur lorsqu'un salarié reconnu travailleur handicapé est déclaré inapte à occuper son emploi. L'auteur souligne à ce propos la distinction importante entre l'obligation de réentrainement et l'obligation de rééducation professionnelle. L'article poursuit son développement en apportant une illustration jurisprudentielle de cette difficulté, une cour d'appel a ainsi confondu l'obligation de reclassement et les obligations de réentrainement et de rééducation professionnelle. Cette décision a été censurée par la Cour de cassation, l'auteur relève à ce propos, que cette position déjà retenue dans un précédent arrêt sera très certainement une source de difficulté pour les employeurs.

### **Droit de retrait – Santé du salarié – Danger grave et imminent – Conditions de reprise du travail (Note sous Cass., Soc., 27 septembre 2017, n°16-22224) (Revue Jurisprudence Sociale, novembre 2017, n°442) :**

Note de la rédaction « *A défaut de danger grave et imminent pour la vie ou la santé du salarié, le droit de retrait n'est pas caractérisé* ». L'article apporte un commentaire de la décision du 27 septembre 2017, relative au droit de retrait de l'activité professionnelle par un salarié. L'écrit débute ainsi par un résumé des faits de l'affaire. Ainsi, en l'espèce, une centaine de salariés de la SCNF ont utilisé leur droit de retrait à la suite de deux agressions survenues en décembre 2014. La direction a ordonné aux salariés de reprendre le travail ce qui a été refusé, les périodes d'absence ont alors été sanctionnées par la direction par une retenue sur les salaires des salariés. Le conseil des prud'hommes saisi par les salariés, les a déboutés de leur demande. Insatisfait, les salariés ont décidé de se pourvoir en cassation. La Cour de cassation rejette le pourvoi formé, en se fondant sur le fait que les salariés ayant usé de leur droit de retrait n'étaient pas exposés à un danger grave et imminent. L'article se conclut en soulignant le principe soulevé par la cour selon lequel, le danger grave et imminent s'apprécie en fonction des risques particuliers auxquels est soumis le salarié et que cette appréciation relève de la compétence des juges du fond.

### **Visite médicale préretraite – Facteurs de pénibilité – Avis d'inaptitude – Visite médicale travailleurs étrangers (Liaisons sociales Quotidien, novembre 2017, n°17458) :**

Note de la rédaction « *Santé au travail : les modifications apportées aux ordonnances macro par le projet de loi de ratification* ». Ce document a pour ambition d'exposer et de détailler les modifications apportées aux cinq ordonnances du 22 septembre 2017 par la loi de ratification. L'article débute ainsi un bref résumé des apports de la loi de ratification, avec notamment la création de nouveaux dispositifs tels que la visite médicale préretraite. Le commentaire se scinde ainsi en trois parties, la première approche est dévolue à la visite médicale de préretraite pour les travailleurs ayant été exposés à un facteurs de pénibilité. Le commentaire souligne un apport bénéfique pour les salariés concernés par cette mesure, il s'agit de la mise en place d'une surveillance post-professionnelle pour les salariés ayant été exposés. La deuxième approche concerne l'avis d'inaptitude, et la possibilité pour le juge de décider de ne pas mettre les frais d'expertise en cas de contestation à la charge de la partie perdante. L'auteur expose à ce propos de cette mesure que sa mise en place intervient pour réduire l'effet dissuasif de former une action en justice. Enfin la troisième approche porte une nouvelle mission dévolue à l'Office français de l'immigration et de l'intégration. La mission en question consiste à participer aux visites médicales des travailleurs étrangers séjournant en France.



## 8 – SANTÉ ANIMALE

---

### ■ Législation :

#### ◇ Législation européenne :

##### **Alimentation animale – Santé animale – Sélénométhionine (J.O.U.E. du 5 décembre 2017) :**

**Règlement d'exécution** (UE) 2017/2233 de la Commission du 4 décembre 2017 modifiant le règlement (CE) n° 900/2009 en ce qui concerne les caractéristiques de la sélénométhionine produite par *Saccharomyces cerevisiae* CNCM I-3399.

##### **Alimentation animale – Santé animale – Additif (J.O.U.E. du 5 décembre 2017) :**

**Règlement d'exécution** (UE) 2017/2231 de la Commission du 4 décembre 2017 modifiant le règlement d'exécution (UE) 2016/329 en ce qui concerne le nom du titulaire de l'autorisation de la 6-phytase.

##### **Teneur en plomb – Alimentation animale – Substances indésirables – Santé animale (J.O.U.E. du 5 décembre 2017) :**

**Règlement** (UE) 2017/2229 de la Commission du 4 décembre 2017 modifiant l'annexe I de la directive 2002/32/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les teneurs maximales en plomb, en mercure, en mélamine et en décoquinat.

##### **Mesures zoosanitaires – Lutte – Peste porcine (J.O.U.E. du 8 décembre 2017) :**

**Décision d'exécution** (UE) 2017/2267 de la Commission du 7 décembre 2017 modifiant l'annexe de la décision d'exécution 2014/709/UE concernant des mesures zoosanitaires de lutte contre la peste porcine africaine dans certains États membres.

##### **Influenza aviaire – mesures de protection – États membres (J.O.U.E. du 12 et 13 décembre 2017) :**

**Décision d'exécution** (UE) 2017/2289 de la Commission du 11 décembre 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.

**Décision d'exécution** (UE) 2017/2304 de la Commission du 12 décembre 2017 concernant certaines mesures de protection provisoires motivées par la détection de l'influenza aviaire hautement pathogène de sous-type H5 aux Pays-Bas.

### ■ Jurisprudence :

##### **Ordre des vétérinaires – Participation financière – Principe d'indépendance – Obligation d'information (Ce., 4 décembre 2017, n°411438) :**

Une société demande au Conseil d'Etat le renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité devant le Conseil constitutionnel, afin d'appuyer sa demande d'annulation du décret du 10 avril 2017 relatif à la réforme de l'ordre des vétérinaires. La question prioritaire de constitutionnalité qui est soumise, porte sur la conformité des dispositions de l'article L.242-2 du code rural et de la pêche maritime avec les droits et libertés garantis par la constitution. Les dispositions contestées prévoient l'obligation pour les vétérinaires d'informer l'ordre des vétérinaires en cas de prise de participations financières dans des sociétés ayant un lien avec l'exercice de leur

profession. Le Conseil d'Etat rappelle à cet égard la triple condition requise, pour qu'une question prioritaire de constitutionnalité soit transmise au Conseil constitutionnel. Il poursuit son raisonnement en indiquant que les dispositions litigieuses ne portent pas atteinte au droit de propriété prévue à l'article 2 de la DDHC et ne méconnaissent pas la compétence dévolue au législateur pour fixer les principes fondamentaux du régime de la propriété selon l'article 34 de la constitution. Au regard de ces fondements, il apparaît que l'obligation imposée ne porte pas une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée. Le Conseil d'Etat considère ainsi, que la question soumise ne présente pas un caractère sérieux et n'est pas nouvelle, il n'y a donc pas lieu que la question soit renvoyée au Conseil constitutionnel.

## ■ Divers :

**Produits vétérinaires – Procédures post-autorisation – Variations de type-IB et type-II** ([www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)) :

L'EMA (Agence Européenne du Médicament) a mis à jour ses **Questions & Answers** concernant les variations de types-IB et type-II. La mise à jour concerne la question n°13 qui porte sur la classification du changement d'emballage d'un produit vétérinaire dans telle ou telle variation.

## 9 – PROTECTION SOCIALE : MALADIE

---

### ■ Législation :

#### ◇ Législation interne :

**Création– Assurance maladie – Décès – Maternité – grand port maritime – Bordeaux (J.O. du 2 décembre 2017) :**

**Décret** n° 2017-1644 du 30 novembre 2017 relatif à l'intégration du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux dans le régime général de sécurité sociale.

**Coefficient – Sécurité sociale – Mines (J.O. du 7 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 24 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, relatif au coefficient de majoration prévu par l'article 131-1 du décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 modifié.

**Plafond – Fixation – Sécurité sociale (J.O. du 9 décembre 2017) :**

**Arrêté** du 5 décembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, le Ministre de l'agriculture et de l'alimentation et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2018.

**Cotisation subsidiaire – Assurance maladie** ([www.circulaire.legifrance.gouv.fr](http://www.circulaire.legifrance.gouv.fr)):

**Circulaire interministérielle** n° DSS/5B/2017/322 du 15 novembre 2017 relative à la cotisation subsidiaire maladie prévue à l'article L.380-2 du code de la sécurité sociale.

## ■ Doctrine :

### **Liquidation judiciaire – Frais de santé et de prévoyance – Organisme assureur - Portabilité des couvertures (Note sous : Cass., avis, 6 nov. 2017, n°17013 à 17017) (JCP Générale, décembre 2017, n°49, p.1284) :**

Note G. Dedessus-Le-Moustier : « *Avis de la Cour de cassation sur la portabilité des couvertures de frais de santé et de prévoyance en cas de liquidation judiciaire* ». Dans ces avis, la Cour de cassation souhaite privilégier le maintien des garanties de protection sociale complémentaire prévu à l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale aux anciens salariés licenciés dont l'employeur a fait l'objet d'une procédure de liquidation judiciaire. Selon la Haute juridiction, aucune distinction ne doit être opérée entre les salariés des entreprises in bonis et les salariés d'un employeur qui a fait l'objet d'une liquidation judiciaire, en vertu du principe *Ubi Lex non distinguit*. Cependant, la Cour précise que le maintien des droits implique que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié.

### **Prévention — Assurance maladie – Action de prévention – Risques professionnels – Complémentaire santé (JCP Sociale, décembre 2017, n°48, p.1387) :**

Note de R. Marié : « *Les organismes complémentaires : nouveaux acteurs de prévention de la santé des salariés ?* ». Alors que la loi de modernisation de notre système de santé a multiplié les objets de prévention dont sont censées s'emparer des institutions de toute nature, en particulier l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent, sous l'impulsion des partenaires sociaux, adopter une approche transversale des différents facteurs de risques et de leurs interactions en mêlant santé au travail et santé publique. L'auteur de cette note soutient que le « degré élevé de solidarité » introduit dans les accords de branche prévoyant une clause de recommandation peut se matérialiser dans des actions de prévention aux contours très divers, mais le cadre législatif et réglementaire offert est encore trop incertain pour permettre aux organismes complémentaires d'assurance maladie d'investir totalement, sous l'impulsion des partenaires sociaux, ce champ disciplinaire.

## ■ Divers :

### **Protection sociale – Compte provisoire – Déficit (Études & Résultats, DREES, novembre 2017, n°1040) :**

La DREES a publié un dossier intitulé « *Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait de se résorber en 2016* ». Ce rapport a pour ambition de détailler et développer les statistiques liées à la protection sociale, il offre ainsi, d'une part, la ventilation des dépenses de protection sociales réalisées durant l'année 2016 en comparaison avec les dépenses des années précédentes et d'autre part, le détail de l'évolution des ressources de la protection sociale. L'objectif de ce rapport est donc de détailler l'évolution, favorable ou non, des différentes dépenses et ressources de la protection sociale, mais aussi de détailler l'évolution des montants des prestations réalisées selon leur affectation, notamment en fonction du risque social. Dans cette perspective, ce rapport apporte une analyse des données recueillies pour déterminer l'impact de ces évolutions sur le déficit de la protection sociale. Le rapport note à ce sujet une résorption progressive du déficit depuis l'année 2014. Enfin, la dernière partie du rapport concerne les cotisations sociales dédiées à la protection sociale, le document présente ainsi l'évolution pour l'année 2016 du montant de impôts et taxes affectés à la protection sociale.

## 10 – PROTECTION SOCIALE : FAMILLE, RETRAITES

---

### ■ Législation :

#### ◇ Législation interne :

#### Retraite progressive – Employeurs successifs (J.O. du 2 décembre 2017) :

**Décret** n° 2017-1645 du 30 novembre 2017 relatif au droit à la retraite progressive des salariés ayant plusieurs employeurs.

#### Attestation – Paiement – Retraite – Résidents hors de France (J.O. du 6 décembre 2017) :

**Arrêté** du 7 novembre 2017 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, fixant le modèle du formulaire « attestation pour le paiement des retraites des personnes résidant hors de France ».

### ■ Doctrine :

#### Retraite – Discrimination – Protection de santé – Cessation d'activité en raison de l'âge (Note sous Cass., soc., 14 septembre 2017, n°17-714) (JCP Social, novembre 2017, n°47, p.1380) :

Note de L. Cailloux-Meurice : « *Mise à la retraite en raison de l'état de santé : nécessité d'éléments précis et concrets* ». Dans ces deux arrêts, la Cour de cassation a eu à juger des cas de salariés ayant été mis en inactivité d'office en application du décret n° 54-50 du 16 janvier 1954 prévoyant la mise à la retraite d'office des agents ayant atteint 55 ans. La Cour de cassation précise que la mise à la retraite fondée sur l'âge est une discrimination justifiée en raison d'un motif légitime, notamment l'objectif de protection de la santé des travailleurs en cas de conditions de travail pénibles, et doit être appréciée *in concreto*.

#### Retraite anticipée – Directive européenne 2006/54/CE – Principe de non-discrimination – Egalité homme/femme – CNRACL (Note sous Cass., Civ., 2<sup>ème</sup>, 9 novembre 2017, n°16-20404) (La Gazette du Palais, novembre 2017, n°41, p.30) :

Note de C. Berlaud : « *Retraite anticipée des agents des collectivités territoriales et égalité de traitement entre les hommes et les femmes* ». Dans cet arrêt de cassation, la Haute juridiction rappelle que selon les articles 157 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, 5 et 9 de la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail, un régime professionnel de retraite ou de pension ne doit pas comporter de discrimination directe ou indirecte fondée sur le sexe. Ainsi, la Cour de cassation a jugé qu'en subordonnant à une durée de travail minimale l'affiliation au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL du fonctionnaire territorial nommé dans un emploi à temps non complet et affecté aux activités scolaires et périscolaires des écoles communales, et estimant que celles-ci recourent à une proportion élevée d'emplois à temps réduit plus fréquemment occupés par des femmes, l'article 107 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée a institué une discrimination indirecte dans l'accès à un régime professionnel de retraite contraire aux exigences du principe de non-discrimination.

#### Régime de retraite – Cotisations sociale – Statistiques – Pension – Statut professionnel (Les Dossiers de la DREES, décembre 2017, n°1041) :

Rapport de la DREES : « *84% des Français souhaitent un socle commun des régimes de retraite* ». Le Baromètre annuel de la DREES permet de collecter des informations sur l'opinion des Français concernant la protection sociale, et donc le système de retraite. Selon le baromètre 2016, la majorité des répondants souhaitent conserver un système de retraite public. Par ailleurs, environ la moitié des réponses est en faveur d'un complément du système

sous forme d'une épargne individuelle. 60 % des personnes interrogées souhaitent que les retraites bénéficient à tous sans distinction de catégorie sociale ou de statut professionnel.

### **Retraite – Durée – Cotisations (Études & Résultats, décembre 2017, n°1043) :**

Cet article publié dans la revue Etudes & Résultats porte sur l'âge de départ à la retraite et se base sur l'enquête Motivations de départ à la retraite 2017 de la DREES. Dans un contexte de débats au long cours sur la réforme des retraites, cette enquête a recueilli les avis de 5 000 retraités sur le choix de la date de leur départ à la retraite, le taux dont ils bénéficient en fonction de cette date, leur satisfaction en découlant, les facteurs déterminant le départ à la retraite, ainsi que leur perception des réformes récentes.

### **■ Divers :**

#### **Retraite complémentaire – Salariés – Cotisations – Agirc-Arrco – Fusion des régimes (Semaine Sociale, novembre 2017, n°1792) :**

Note de la rédaction « *Un régime unifié et simplifié au 1<sup>er</sup> janvier 2019* ». Ce document retrace les grandes lignes du projet ANI (Accord National Interprofessionnel), ce projet a pour ambition de fusionner les régimes de retraite complémentaire des salariés du secteur privé, sachant qu'il y a aujourd'hui deux régimes distincts l'Agirc pour les salariés ayant le statut de cadre et l'Arrco pour l'ensemble des salariés. L'article débute ainsi par un exposé du contexte dans lequel intervient ce projet, en expliquant notamment que certains syndicats demeurent opposés à la ratification de l'accord national interprofessionnel prévoyant la fusion des régimes. L'article poursuit son développement en expliquant les motifs rendant nécessaires la mise en place d'un régime unifié ainsi que les modifications engendrées par la modification des régimes. Il est notamment expliqué que les cotisations seront relevées avec de nouvelles modalités de calcul, de plus, l'accord prévoit la suppression de la garantie minimale de point. L'article explique dans une deuxième partie, que le nouvel accord prévoit dans l'ensemble des dispositions permettant certaines avancées pour les droits des salariés, par exemple, le plafond des majorations familiales passe de 1000 euros à 2000 euros par an. Enfin, l'article se conclut sur l'annonce de négociations interprofessionnelles au niveau national sur la notion d'encadrement

---

**Institut Droit et Santé** ■ 45 rue des Saints-Pères ■ 75006 Paris Cedex 6 ■ 01 42 86 42 10 ■ [ids@parisdescartes.fr](mailto:ids@parisdescartes.fr)  
[institutdroitetsante.fr](http://institutdroitetsante.fr) ■  Institut Droit et Santé ■  @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 15 décembre 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.