

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

Évolutions législatives, jurisprudentielles et doctrinales
n°277 du 1^{er} au 15 mai 2018

L'Institut Droit et Santé vous informe de l'accès
aux supports des interventions des colloques et
manifestations :

- « *Vaccination et droit* »
- « *Big data en santé* »
- « *Le rôle des organisations
professionnelles dans le développement
de la e-santé* ».

Cliquez *ici*

L'Institut Droit et Santé vous informe de
l'organisation par **Mme Laurence Warin**
(Doctorante de l'IDS) et l'EHESP d'un séminaire
interdisciplinaire intitulé

« *Quand les données rapportées par les patients
transforment la santé publique* »

Le **jeudi 15 juin de 9h à 18h**
au Centre Universitaire des Saints-Pères.
Pour plus d'information, cliquez *ici*

SOMMAIRE

1 - Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2 - Bioéthique et droits des usagers du système de santé	6
3 - Personnels de santé.....	9
4 - Établissements de santé.....	14
5 - Politiques et structures médico-sociales.....	16
6 - Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	17
7 - Santé environnementale et santé au travail.....	21
8 - Santé animale	27
9 - Protection sociale : maladie	27
10 - Protection sociale : famille, retraites	28

1 – ORGANISATION, SANTÉ PUBLIQUE ET SECURITÉ SANITAIRE

■ Législation :

◇ Législation interne :

Surveillance épidémiologique – Déclaration de maladies obligatoires – Modification de dispositions (J.O. du 6 mai 2018) :

Décret n° 2018-338 du 4 mai 2018 relatif aux déclarations obligatoires de certaines maladies.

Centre d'information – Problème de la population – Suppression (J.O. du 6 mai 2018) :

Décret n° 2018-339 du 4 mai 2018 portant suppression du centre d'information sur les problèmes de la population.

Rubéole – Données individuelles – Transmission obligatoire – Autorité sanitaire (J.O. du 10 mai 2018) :

Décret n° 2018-342 du 7 mai 2018 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

ARS – Financement – Contribution – Régimes obligatoires d'assurance maladie (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêté du 26 avril 2018 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, relatif à la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé pour l'année 2018.

ARS – Montant des crédits – Fonds d'intervention régional – Montant des transferts – Article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale (J.O. du 5 mai 2018) :

Arrêté du 2 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, fixant pour l'année 2018 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

Organisation – Dépistage – Cancer du col de l'utérus – Programme (J.O. du 6 mai 2018) :

Arrêté du 4 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Rubéole – Données individuelles – Notification obligatoire (J.O. du 10 mai 2018) :

Arrêté du 7 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la notification obligatoire des cas de rubéole.

Produits du tabac – Rapport annuel – Dépenses – Activités d'influence – Représentation d'intérêts – Fabricants – Importateurs – Distributeurs (J.O. du 15 mai 2018) :

Arrêté du 2 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à l'établissement, la transmission et la publication du rapport annuel détaillant les dépenses liées aux activités d'influence ou de représentation d'intérêts des fabricants, importateurs, distributeurs de produits du tabac et de leurs représentants.

Organisation des soins – Accès aux soins – ARS – Permanence d'accès aux soins (PASS) (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGOS/R4/2018/109 du 25 avril 2018 relative à l'enquête FLASH à destination des agences régionales de santé (ARS) sur les permanences d'accès aux soins (PASS).

Tabac – Consommation – Article L.3512-14 du code de la santé publique (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire du 11 mai 2018 relative à la mise en œuvre des dispositions de l'article L3512-14 du code de la santé publique.

■ Jurisprudence :**Tabac – Prix de vente – Arrêté du 24 juin 2016 (CE., 26 avril 2018, n°414316) :**

Dans cet arrêt, la société Starbuzz saisit le juge administratif de l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté ministériel qui détermine la nomenclature des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France, du fait qu'il refuse implicitement d'homologuer le prix des produits commercialisés sous cette marque. Le Conseil d'Etat prononce ici l'annulation de l'arrêté litigieux, la décision implicite de refus d'homologation du prix des produits de la société Starbuzz, car les motifs invoqués par les Ministres concernés résident dans la méconnaissance par la société de L. 3512-21 du Code de la santé publique, article ayant été annulé par une décision du Conseil d'Etat en date du 10 mai 2017, privant ainsi la décision de base légale.

AFLD (Agence française de lutte contre le dopage) – Sanction – Annulation de la décision (CE., 26 avril 2018, n°416181) :

Le Conseil d'Etat est saisi à deux reprises concernant la conformité aux droits et libertés garantis par la Constitution du 2° de l'article L.232-22 du code du sport. Le Conseil d'Etat admet que les questions soulevées par les requérants relèvent toutes les deux de questions prioritaires de constitutionnalité suite au fait qu'elles « *mettent en cause la conformité à la Constitution* ». Les deux requérants soutiennent que l'absence de séparation au sein de l'Agence française de lutte contre le dopage entre les fonctions de poursuite et les fonctions de jugement contreviennent aux dispositions de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen. Or le Conseil d'Etat considère que la question ne présente pas un caractère sérieux car l'AFLD ne porte aucune appréciation pour engager ou non des poursuites, de plus, il estime que les requérants ne sont pas fondés à affirmer que l'absence de séparation au sein de l'AFLD entre les fonctions de poursuite et les fonctions de jugements contreviennent aux dispositions de la DDHC. Par conséquent, le Conseil d'Etat juge qu'il n'y a pas à transmettre les QPC au Conseil constitutionnel et également que l'argument portant sur l'atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution du 2° de l'article L.232-22 du code du sport doit être écarté.

■ Doctrine :

Lutte contre le dopage – AFLD (Agence française de lutte contre le dopage) – Recours – Sanction – Pouvoir du Conseil d'Etat (Note sous CE., 11 avril 2018, n°413349) (AJDA, avril 2018, n°16, p.821) :

Note de J.-M. Pastor « *Le Conseil d'État ne peut pas se substituer à l'Agence française de lutte contre le dopage* ». Dans cet article, l'auteur revient sur la déclaration d'inconstitutionnalité prononcée par le Conseil constitutionnel le 2 février 2018 dans le cadre d'une QPC. Le juge constitutionnel sanctionne ici la méconnaissance de l'exigence de séparation des autorités ou des fonctions de poursuite et de jugement de la haute juridiction administrative. Le Conseil d'Etat ne peut en effet pas substituer sa propre sanction à celle de l'AFLD, ne pouvant que prononcer son annulation dans le cadre d'un recours de pleine juridiction tel qu'il en est question en l'espèce.

Virus Zika – Infection – Empoisonnement – Épidémies – Consommation d'alcool – Fièvre jaune – Lutte contre la rage (Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, mai 2018, vol. 96, n°5, p.297) :

Au sommaire du Bulletin de l'OMS figurent les articles suivants :

- J.-E. Hernandez-Avila et coll. « *Estimation du nombre de cas d'infections à virus Zika* ».
- L. Wang et coll. « *Empoisonnements mortels en Chine, 2006-2016* ».
- T. Silver Lorthé et coll. « *Évaluation du système de vérification des épidémies EpiCore* ».
- C. J. Cherpitel, Y. Ye et V. Poznyak « *Épisode isolé de consommation d'alcool provoquant un traumatisme : étude transversale dans 21 pays* ».
- S. E. Brent et coll. « *Déplacements internationaux entre des centres urbains mondiaux propices à la transmission de la fièvre jaune* ».
- H. Sakamoto et coll. « *Présidence du G7 et couverture sanitaire universelle : contribution du Japon* ».
- K. Le Roux et coll. « *Lutte contre la rage au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud* ».

Contraception d'urgence (MCU) – Mineures – Dispensation – IVG (Revue Médecine et Droit, avril 2018, vol. 2018, n°149, p.31) :

Note de F. Taboulet « *La contraception d'urgence chez les mineures – Une offre illimitée en manque d'évaluation* ». Dans cet article, l'auteure analyse les dernières évolutions du dispositif d'accès à la contraception aux jeunes filles mineures, dans le cadre de l'accès aux médicaments de contraception d'urgence (MCU). Sont ici évalués le rapport bénéfice/risque de ces mesures dérogeant aux règles traditionnelles de sécurité sanitaire et de sécurité sociale, ainsi que la problématique de l'innocuité ou encore son efficacité à réduire les grossesses non désirées ainsi que les IVG.

■ Divers :

Épidémie de rougeole – Stratégie de gestion – Territoire national – HCSP (www.hcsp.fr) :

Le Haut Conseil de la Santé publique a rendu un avis intitulé « *Évolution de la stratégie de gestion en cas d'épidémie de rougeole* ». Depuis novembre 2017, la France connaît une recrudescence des cas de rougeole, ce qui correspond à une situation épidémique. Or, la couverture vaccinale rougeole requise pour interrompre la circulation du virus n'est actuellement atteinte nulle part sur le territoire français. Dans ce contexte, le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP), dans son avis du 23 avril 2018, fournit des précisions sur le diagnostic biologique des cas de rougeole, sur la question de la vaccination et son rôle dans la stratégie de lutte contre la rougeole en situation épidémique, ainsi que sur les mesures d'hygiène à respecter par les professionnels de santé dès le diagnostic présumé chez un patient. Enfin, les recommandations du HCSP portent sur la surveillance et les mesures de gestion autour des cas de rougeole.

EMA – Rapport annuel 2017 (www.ema.europa.eu) :

L'EMA a publié son **Rapport** annuel pour l'année 2017. La mission de l'EMA est de favoriser l'excellence scientifique dans l'évaluation et la supervision des médicaments, au profit de la santé publique et de la santé animale. Dans son rapport, l'EMA rappelle ses activités principales, en lien avec les Etats membres et la Commission européenne et décrit les défis organisationnels qui lui sont posés dans le cadre du Brexit. Le rapport passe également en revue les missions accomplies et les chiffres-clés qui ont marqué le secteur des médicaments pendant l'année 2017, notamment concernant les aspects sur la régulation, la compliance, les acteurs concernés et les règles administratives.

Hypertension – Santé publique – Prévention – Traitement (Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, avril 2018, n°10) :

Le BEH a publié dans son dernier numéro des articles concernant l'hypertension artérielle, dont figure les articles suivants :

- A.-L. Perrine et coll. « *L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2016* ».
- É. Bérard et coll. « *L'adhésion aux recommandations européennes de prévention cardiovasculaire est associée à une diminution de la mortalité totale et cardiovasculaire en France* ».

Santé sexuelle – COREVIH – Stratégie – Traitement antirétroviral (Éditions législatives Santé, bioéthiques, biotechnologies, mai 2018, bulletin n°292, p.10)

Cet article porte sur la note d'information du 5 avril 2018 venue préciser « *les missions et les modalités de fonctionnement des comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine* ». En effet, les COREVIH voient leurs objectifs changer (« *participation à l'atteinte d'une partie des objectifs définis par cette stratégie* », au moins 95% des personnes atteintes de séropositivité doivent avoir connaissance de leur statut sérologique). De plus, l'article informe que la note d'information revient sur « *l'organisation territoriale en matière de lutte contre le VIH et les IST* ».

Eaux – Contrôle sanitaire – Laboratoire – Agrément – Conditions administratives (www.solidarites-sante.gouv.fr) :

Le Ministère des solidarités et de la santé a publié un **document** intitulé « *Laboratoires agréés pour le contrôle sanitaire des eaux* ». A travers ce document, le ministère des solidarités et de la santé rappelle que l'arrêté du 5 juillet 2016 fixe les conditions administratives et techniques dans lesquelles les laboratoires peuvent obtenir un agrément pour la réalisation des prélèvements ou des analyses des paramètres du contrôle sanitaire. Cet arrêté concerne les eaux destinées à la consommation humaine (exceptées les eaux minérales naturelles) ainsi que les eaux de piscines, de baignades et de baignades artificielles. Cet arrêté ayant abrogé celui du 24 janvier 2005, c'est donc sur celui-ci que doit se fonder toute demande initiale, de renouvellement ou de modification d'agrément. Le ministère fournit par la suite la liste des établissements agréés.

2 – BIOÉTHIQUE ET DROITS DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Victime – Accident – Essai nucléaire – CIVEN (comité d'indemnisation des victimes des essais nucléaires) – Règlement intérieur (J.O. du 4 mai 2018) :

Délibération n° 2018-4 du 19 mars 2018 portant adoption du règlement intérieur du CIVEN.

■ Jurisprudence :

Fin de vie – Arrêt des traitements – Sédation profonde – Expertise (TA. Châlons-en-Champagne, 20 avril 2018, n°1800820) :

Les parents et des frères du patient saisissent, par le biais du référé-liberté, le président d'un tribunal administratif pour lui demander de suspendre la décision médicale qui visait l'arrêt des traitements et l'administration d'une sédation profonde et continue. Dans la mesure où la dernière expertise ordonnée par le Conseil d'État date de 2014, le juge des référés a considéré qu'il était nécessaire de suspendre ladite décision et d'avoir recours à une expertise qui devra déterminer si le tableau clinique a évolué depuis 2014. Autrement dit, pour le juge des référés, la décision d'arrêt des traitements ne doit pas être prise trop longtemps après l'expertise.

Usagers du système de santé – Associations agréées – Habilitation – Représentation des usagers (CE., 26 avril 2018, n°408834) :

En l'espèce, les associations Cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie, Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, Grandir et Actif Santé ont saisi le CE dans le but d'obtenir l'annulation d'un décret (n°2017-90 du 26 janvier 2017) relatif à l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé. Les associations requérantes considèrent que ce décret confère trop de pouvoirs à l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé, et ainsi que ces pouvoirs attaquent leur liberté d'association en vertu de la loi du 1^{er} juillet 1901 et d'autre part le principe d'égalité. Le CE décide de rejeter la requête des requérants.

■ Doctrine :

GPA – Filiation – Mère d'intention – Reconnaissance (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 5 juillet 2017, n°16-16901, n°16-50025, n°16-16455, n°16-16495 et Cass., 1^{ère} civ., 29 novembre 2017, n°16-50061) (Revue Critique de droit international privé, avril 2018, n°1, p.143) :

Note de S. Bollé « *L'ouverture à l'adoption à la mère d'intention d'un enfant issu d'une gestation pour autrui* ». Le Professeur Bollé clarifie l'apport de chacun des arrêts de juillet 2017 et de celui de novembre 2017 concernant la transcription de l'état civil en France des enfants nés illégalement au regard de la loi française d'une GPA à l'étranger. Il considère que la solution nouvelle est « hautement contestable » en introduisant un « bouleversement » ne permettant plus d'établir un compromis entre protection des enfants et lutte contre une pratique illicite. Il argumente que les changements apportés ne s'imposaient pas. La solution nouvelle selon laquelle la GPA ne fait pas en soi obstacle au prononcé de l'adoption est identifiée et critiquée. Cet agacement perceptible face à une jurisprudence « inconstante » lui permet de

conclure sur la note sarcastique qu'il n'est point besoin de l'intervention du législateur pour favoriser la GPA en France.

Hospitalisation sans consentement – Psychiatrie – Intérêt des personnes (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 14 mars 2018, n°17-13223) (Gazette du Palais, avril 2018, n°16, p.25) :

Not de M. Dupré « *Le juge judiciaire face au contentieux de l'hospitalisation sans consentement* ». M. Dupré commente l'arrêt rendu en mars dernier par la Cour de cassation en rappelant tout d'abord la balance entre deux intérêts contradictoires que cette matière opère : la protection des libertés et la protection de la sûreté de la personne concernée et de l'ordre public. Selon lui, la Cour a su respecter cet équilibre dans la décision commentée mais il regrette l'insuffisance de la motivation au regard du contexte envisagé. Il s'agissait de répondre à la nécessité de produire une pièce d'un examen médical pour obtenir la mainlevée d'une procédure d'hospitalisation sans consentement. En l'espèce, un fils avait demandé l'internement en urgence de son père, mesure qui avait été prolongée à la demande du directeur de l'établissement. La Cour propose la solution suivante, « Attendu que la réalisation de l'examen somatique prévu à ce texte ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical ni ne figure au nombre des pièces dont la communication au juge des libertés et de la détention est obligatoire ; que, dès lors, une simple défaillance dans l'administration de la preuve de son exécution ne peut entraîner la mainlevée de la mesure ». Pour l'auteur, la solution est legaliste et conforme à la protection de l'intérêt du patient mais ne saisit pas l'occasion de manifester le rôle protecteur des libertés du juge judiciaire.

Fin de vie – Arrêt des traitements – Médecine – Responsabilité (Recueil Dalloz, mai 2018, n°17, p.896) :

Note de F. Violla « *Fin de vie (arrêt des traitements) : nouvelle expertise dans l'affaire Vincent Lambert* ». L'auteur reprend les faits de l'affaire *M. Vincent L.* et apporte les nouveaux faits de celle-ci devant le TA de Châlons-en-Champagne. De nouveaux faits sont apportés suite à la décision du médecin en charge du patient d'arrêter les traitements le 9 avril 2018. Cette nouvelle décision de la part du TA est en harmonie avec la position adoptée par le CE en 2014 (CE 14 févr. 2014, n° 375081, D. 2014. 2021, 24 juin 2014, n° 375081, D. 2014. 1856). Pour rendre sa décision, le TA se base sur plusieurs éléments : les éléments constitutifs de la décision d'un médecin, les traitements susceptibles d'être arrêtés (alimentation et hydratation artificielles), la date de l'expertise médicale, le rôle de l'épouse du patient et la volonté du patient. Suite à ces analyses, le TA ordonne une nouvelle expertise médicale, le non-arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles, il rejette la demande de transfert du patient, il réfute l'argument qui avance que l'épouse de M. Vincent L. ait seulement été consultée en tant qu'épouse et non en tant que tutrice et donc la demande d'accord du juge des tutelles afin qu'elle soit consultée en tant que tutrice, et enfin le TA considère que les témoignages recueillis par les tiers sont mal fondés car « *le fait que l'identité des personnes (...) ne leur a pas été révélée serait attentatoire à leur droit à un recours effectif ou au principe du caractère contradictoire de la procédure.* ».

Maternité – Accouchement – Acte de naissance – GPA – État civil (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 14 mars 2018, n°17-50021) (Éditions législatives Santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, n°292, p.6) :

Note de A. Mirkovic, « *La Cour de cassation persiste et signe : la réalité de la maternité est la réalité de l'accouchement* ». Cet article revient sur l'affaire du 14 mars 2018, n°17-50.021, rendue par la Cour de Cassation. En l'espèce, un couple est parti à l'étranger afin d'obtenir des enfants, en l'occurrence 3 enfants, par le biais d'une GPA au Ghana. Le couple figure comme père et mère sur les actes de naissance ghanéens, mais la Cour de Cassation « *n'admet la transcription des actes de naissance étrangers sur les registres français que dans la mesure où ils sont conformes à la réalité* », en se basant sur l'article 47 du code civil. L'auteur aborde également les décisions du 5 juillet 2017 où la Cour de cassation informe que « *concernant la désignation de la mère dans les actes de naissance, la réalité, au sens de ce texte, est la réalité de l'accouchement* ». Par ces décisions, la Cour de cassation réaffirme la

position que seule la femme qui accouche est la personne qui peut figurer sur l'acte de naissance. Dans ce cas, « *seule l'adoption permet d'attribuer la maternité d'un enfant à une femme qui ne l'a pas mis au monde.* ». Pour finir, l'auteur s'intéresse à la possibilité pour la conjointe du père d'adopter l'enfant. Il apporte ainsi une décision de la Cour de cassation du 5 juillet 2017 « *dans laquelle elle a admis l'adoption simple de l'enfant par le conjoint du père* », et également les positions du tribunal de grande instance d'Évry et de la Cour d'appel de Paris qui ont rejeté des demandes d'adoptions plénières.

Secret médical – Décès – Contrat d'assurance – Droit subjectif (Note sous Cass., 1^{re} civ., 21 mars 2018, n°16-12948) (Éditions législatives Santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, n°292, p.5) :

Note de M. Contis, « *Le secret médical, droit de la personne... surtout en matière assurantielle* ». Le secret médical est un droit reconnu à chaque personne depuis la loi du 4 mars 2002. Dans cet article, ce droit est abordé en matière assurantielle. L'auteur revient sur plusieurs décisions de la Cour de cassation, dont la plus récente date du 21 mars 2018 dans laquelle la 1^{ère} Chambre civile de la Cour de cassation « *conforte sa jurisprudence antérieure et se rallie à la position de la 2ème Chambre civile.* ». La première décision citée par l'auteur (en date du 12 janvier 1999) informe que « *devait être écarté des débats tout document produit par l'assureur en violation du secret médical* », une décision du 29 octobre 2002 a « *admis une exception lorsque l'assuré avait par anticipation renoncé au secret médical lors de la souscription du contrat d'assurance* ». En 2005, la Cour de cassation décide qu'il est possible pour un assuré de renoncer à son droit au secret médical en cours d'instance et qu'au contraire s'il refuse, « *il revient au juge d'apprécier si ce refus est légitime ou non et d'en tirer toutes les conclusions éventuelles.* ». La Cour de cassation admet au final, par sa décision du 21 mars 2018, que l'assuré et ses ayants droit peuvent « *renoncer au bénéfice du secret médical en cours d'instance* », d'autre part, l'assureur peut lui solliciter une expertise médicale afin d'apporter de nouveaux éléments pouvant aider à la solution du litige.

Infection – Infection nosocomiale – Hospitalisation – Responsabilité – ONIAM (Note sous CE., 23 mars 2018, n°402237) (Éditions législatives santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, n°292, p.10) :

Note V. Maleville, « *Une infection déclarée en cours d'hospitalisation est toujours présumée nosocomiale* ». Un recours est formé contre l'ONIAM par les ayants droit d'une patiente décédée à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Ils souhaitent démontrer la responsabilité du centre hospitalier. Leur requête est rejetée par la Cour administrative d'appel, les juges du fond retiennent que la patiente était atteinte d'une infection mais pas à l'origine de son décès. Ils considèrent également que « *les épisodes infectieux successifs lors des diverses hospitalisations ayant précédé le décès n'étaient pas d'une particulière gravité et n'en sont que la conséquence* ». Le Conseil d'État annule cet arrêt du fait que « *la cour d'appel aurait dû rechercher si ces infections répétées avaient entraîné pour la victime des troubles et souffrances lui ouvrant droit à réparation.* » mais d'autre part il admet que « *l'infection initiale dont a été victime la patiente n'est pas nosocomiale* ».

Divers :

Santé mentale – Patient – Prise en charge – Période d'observation – Soins initiale – Admission – hôpital psychiatrique (Éditions Législatives, Santé, Bioéthique, Biotechnologie, mai 2018, p.131) :

Note de la rédaction « *Période d'observation et de soins initiale* ». Cet article apporte des précisions quant aux conditions de déroulement de la période d'observation et de soins initiale suivant l'arrivée d'un patient admis en établissement psychiatrique. Il est rappelé que le médecin doit intervenir dans les 24 heures suivant son admission et dresse un certificat médical constatant l'état mental du patient. Un deuxième certificat sera dressé dans les 72 heures suivantes. À la suite de ces deux certificats médicaux, la décision est prise de maintenir les soins psychiatriques ou non.

Sportif – Surveillance médicale – Certificat médical – Présentation (Éditions Législatives, Droit du sport, mai 2018, p.11) :

Note de la rédaction « *Certificat médical : une fréquence variable* ». Cet article apporte des précisions quant à l'obligation de fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport. Il rappelle que pour l'obtention d'une licence sportive, la présentation d'un certificat datant de moins d'un an est obligatoire. Ensuite, pour les renouvellements de licence, plusieurs options sont possibles :

- Pour les licences de loisir, les Fédérations, après avis de la Commission médicale, établissent leurs propres délais.
- Pour les licences donnant accès à des compétitions, le certificat médical sera demandé tous les trois ans.

3 – PERSONNELS DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Personnels de direction – Établissements de santé – Dispositions statutaires – Fonction publique hospitalière (J.O. du 5 mai 2018) :

Décret n° 2018-330 du 3 mai 2018 modifiant certaines dispositions statutaires relatives aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Personnels de direction – Établissements de santé – Classement indiciaire – Fonction publique hospitalière (J.O. du 5 mai 2018) :

Décret n° 2018-332 du 3 mai 2018 modifiant le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Réserve sanitaire – Mobilisation – Couverture vaccinale insuffisante – Mayotte (J.O. du 3 mai 2018)

Arrêté du 25 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, relatif à la mobilisation de la réserve sanitaire.

Présidents – Chambres disciplinaires – Ordres des professions de santé (J.O. du 4 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, fixant le montant des indemnités susceptibles d'être allouées aux présidents des chambres disciplinaires et des sections des assurances sociales des ordres des professions de santé.

Personnels de direction – Échelonnement indiciaire – Établissements de santé – Fonction publique hospitalière (J.O. du 5 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 2 août 2005 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9

janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Personnels détachés – Corps de direction – Établissements de santé – Organisation générale (J.O. du 5 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, fixant les règles d'organisation générale, la durée et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des personnels détachés dans les corps des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Personnels de direction – Établissements de santé – Grades et emplois – Statuts particuliers (J.O. du 5 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 ter et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Pharmaciens – Inspecteurs de santé publique – Recrutement – Concours (J.O. du 8 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, portant annulation des concours interne et externe pour le recrutement de pharmaciens inspecteurs de santé publique au titre de l'année 2018.

Compte personnel de formation – Prise en charge – Plafond (J.O. du 12 mai 2018) :

Arrêté du 4 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, la Ministre du travail, le Ministre de l'éducation nationale et la Ministre des sports, portant fixation du plafond de prise en charge du compte personnel de formation.

Ingénieurs d'études sanitaires – Recrutement – Concours (J.O. du 13 mai 2018) :

Arrêté du 4 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, fixant au titre de l'année 2018 le nombre de postes offerts aux concours externe et interne pour le recrutement d'ingénieurs d'études sanitaires.

Secrétaire administratif – Examen (J.O. du 13 mai 2018) :

Arrêté du 9 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, fixant au titre de l'année 2018 le nombre de postes offerts à l'examen professionnel pour l'accès au grade de secrétaire administratif de classe normale relevant des ministres des affaires sociales.

Techniciens sanitaires et sécurité sanitaire – Ouverture – Examen professionnel – Grade de technicien en chef – « Prévention santé-environnement » (J.O. du 15 mai 2018)

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, autorisant au titre de l'année 2019 l'ouverture de l'examen professionnel pour l'accès au grade de technicien en chef du corps des techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire dans le domaine « prévention santé-environnement ».

Programmeur de système d'exploitation – Examen professionnel – Vérification d'aptitude – Fonctions (J.O. du 15 mai 2018) :

Arrêté du 7 mai 2018 pris par le ministre d'État, le ministre de la transition écologique et solidaire, autorisant au titre de l'année 2018 l'ouverture d'un examen professionnel de vérification d'aptitude aux fonctions de programmeur de système d'exploitation.

Vacance d'emplois – Directeurs des soins – Fonction publique hospitalière (J.O. du 15 mai 2018) :

Avis modificatif à l'avis de vacance d'emplois de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Infirmiers militaires – Hôpitaux des armées – Admission (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° 504735/ARM/DCSSA/CH-RH relative à l'admission à l'état de militaire de carrière des militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées soumis aux lois et règlements applicables aux sous-officiers servant en vertu d'un contrat pour l'année 2018.

Cadre de santé – Concours – Sélection militaire (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° 503474/ARM/DCSSA/RH/PF2R relative à l'ouverture au titre de l'année 2018 d'un concours de sélection militaire pour l'accès au cursus de formation au diplôme de cadre de santé, cycle 2019-2020.

■ Jurisprudence :**Médecins biologistes – Liste des tests – Traitements – Examens de biologie médicale – Conditions de réalisation (CE., 26 avril 2018, n°407536) :**

En l'espèce, le syndicat national des médecins biologistes, le syndicat des biologistes et le syndicat des laboratoires de biologie clinique demandent au Conseil d'État « *d'annuler pour excès de pouvoir l'arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques, ainsi que la décision implicite par laquelle le ministre des affaires sociales et de la santé a rejeté leur recours gracieux contre cet arrêté* ». Le Conseil d'État rejette la demande des syndicats aux motifs que la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques ne constituent pas un examen de biologie médicale car le code de la santé publique prévoit que ces actes soient effectués par d'autres catégories de personnes que les biologistes médicaux et qu'ils soient soumis à des règles moins contraignantes. D'autre part, contrairement à ce qu'avancent les syndicats, la personne est informée « *des conditions du test rapide d'orientation diagnostique et des conséquences du test, afin qu'elle puisse donner son consentement éclairé, dans le respect des stipulations de l'article 5 de la convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine* ». Et enfin, le Conseil d'État rejette la demande parce que l'arrêté comporte « *des dispositions propres à assurer le contrôle de la fiabilité des éventuels appareils de lecture des tests ou recueils et traitements de signaux biologiques* ».

Pharmacien – Insuffisance professionnelle – Commission médicale – Incapacité – Procédure de licenciement – APHP (CE., 26 avril 2018, n°409324) :

Une pharmacienne est licenciée, après consultation de la commission médicale d'établissement locale (CMEL), pour insuffisance professionnelle par le directeur de l'établissement de santé. Cette dernière en

demande l'annulation, mais sa demande est rejetée. Elle se pourvoit alors en cassation. Elle estime d'une part, qu'elle n'a pas été entendue par la CMEI et qu'ainsi le principe des droits de la défense n'a pas été respecté et, d'autre part, que ce licenciement, ayant un caractère de sanction, n'est pas proportionné aux faits qui le justifiaient. La Cour de Cassation précise que le licenciement a été effectué dans le respect des dispositions de l'article R.6152-628 du code de la santé publique, qui prévoit les conditions de licenciement pour insuffisance professionnelle. Ensuite, la Cour précise que le licenciement pour insuffisance professionnelle n'a pas le caractère d'une sanction. Ainsi, la Cour ne peut lui donner cette qualification et ne peut en examiner la proportionnalité avec les faits. Dès lors, la Cour de cassation rejette le pourvoi de la pharmacienne en cause.

Gynécologue-obstétricien – Responsabilité – Juges du fond – Expertise – Soins conformes (Note sous Cass., 1^{ère} civ., 5 avril 2018, n°17-15620) (Éditions législatives, Santé, bioéthiques, biotechnologies, mai 2018, bulletin n°292, p. 9)

Note de V. Maleville « *Responsabilité d'un gynécologue obstétricien : le juge n'est pas l'expert* ». En l'espèce, une patiente suivie pendant sa grossesse par un gynécologue-obstétricien a accouché d'un enfant en état de mort apparente et présentant une agénésie de deux doigts ainsi qu'une microcéphalie. Saisie, la commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) a désigné des experts qui ont constaté que le praticien aurait dû pratiquer une césarienne et que sa responsabilité devait être engagée. Faute d'accord entre les parties au cours de la procédure de règlement amiable, les parents ont assigné le praticien en responsabilité afin d'obtenir une indemnisation. Contestant sa responsabilité, le gynécologue a sollicité une expertise judiciaire et a apporté plusieurs avis médicaux remettant en cause les conclusions des experts désignés par la CRCI. Les juges du fond ont rejeté la demande du praticien considérant que les avis médicaux fournis n'étaient pas pertinents car ils se réfèrent à des recommandations du collège national des gynécologues et obstétriciens français édictées en décembre 2007, soit trois mois après la naissance de l'enfant. La Cour de Cassation casse l'arrêt d'appel au visa de l'article L. 1142-1 I alinéa 1^{er} du Code de la santé publique estimant « *qu'un professionnel de santé est fondé à invoquer le fait qu'il a prodigué des soins qui sont conformes à des recommandations émises postérieurement et qu'il incombe, alors, à des médecins experts judiciaires d'apprécier, notamment au regard de ces recommandations, si les soins litigieux peuvent être considérés comme appropriés* ».

■ **Doctrine :**

Coopérative de santé – Centre de soins – Modalités de création (RTD Commercial, avril 2018, n°1, p.163) :

Note de D. Hiez « *Coopératives de santé : à quand le décollage en France ? Centres de santé sous forme de SCIC* ». L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 a réformé les conditions de création et de fonctionnement des centres de santé. L'auteur aborde ici les modalités de leur création par des sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC). Il est ainsi présenté : le régime juridique applicable à leur sociétariat (nature des associés, statut des professionnels exerçant en leur sein, etc.), ou encore leur non-lucrativité qui s'en trouve d'ailleurs renforcée.

Chirurgien-dentiste – Sanction – Interdiction de donner des soins aux assurés sociaux – Interdiction de remplacement (Note sous CE., 13 avril 2018, n°391895) (AJDA, avril 2018, n°16, p.830) :

Note de E. Maupin « *Un praticien interdit de donner des soins aux assurés sociaux ne peut pas se faire remplacer* ». L'auteur revient sur une affaire relative à « *la portée d'une sanction d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux* ». Le chirurgien en cause, malgré l'interdiction prononcée, s'est fait remplacer par un confrère. Le CE estime que le dentiste a commis une faute déontologique en ce que l'interdiction d'exercice fait « *obstacle à ce que le praticien se fasse remplacer dans son exercice pour donner de tels soins, même s'il ne tire aucune contrepartie financière de ce remplacement* ».

Médecin – Responsabilité – Références médicales opposables – Obligation de résultat – Règles de l'art (Revue Médecine et Droit, avril 2018, vol. 2018, n°149, p.47) :

Note de Dr.A.Geoffroy « *Peut-on réverser avant thrombolyse ? Que ferait le juge face à un infarctus cérébral ?* ». L'auteur aborde le rôle du juge judiciaire ou administratif dans le cadre de situations d'urgence neurovasculaire. En effet, le médecin dispose de plusieurs options face à une urgence de ce type et ainsi ce choix peut « *moduler* » sa responsabilité. L'auteur précise qu'une nouvelle formulation de l'adage d'Hippocrate est envisagée : « *l'art de la médecine se joue entre trois termes : la maladie, le malade, le médecin ... et le juge* ».

Médecin régulateur – SAMU – Orientation du patient – Permanence des soins – Suivi d'une plainte – Responsabilité (Revue Médecine et Droit, avril 2018, vol. 2018, n°149, p.39) :

Note de P-L.Hamelin et J-J.Arzalier, « *Risques de la régulation médicale d'urgence. Analyse des dossiers de plaintes de la permanence des soins ambulatoires au SAMU du Var* ». Les auteurs se sont intéressés aux risques de contentieux issus de demandes de soins non programmés, sans caractères urgent et relevant de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Ils abordent le rôle du médecin régulateur en cas de contentieux ainsi que les conséquences et l'analyse des plaintes ou lettres de réclamation.

Infirmiers – Augmentation – Demande de soins – Retraite – Allongement des carrières (DREES, Études et Résultats, mai 2018, n°1062) :

Note de C. Millien « *53% d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins* ». L'auteur apporte des explications aux « *projections* » d'une augmentation du corps des infirmiers. En effet, par le vieillissement de la population, notamment, on assistera à une augmentation considérable de la demande de soins. Ensuite, l'auteur explique que l'augmentation du corps infirmier est aussi due à l'élévation des quotas de places disponibles en IFSI ainsi qu'à l'allongement des carrières (recul de l'âge de la retraite). L'auteur analyse aussi l'impact du vieillissement de la profession et le développement de l'exercice libéral. En dernier lieu, l'auteur rappelle que malgré ces projections d'augmentation de la profession d'infirmiers, une répartition restera inégale sur le territoire.

Médecins – Activité – Augmentation – Disparités d'accès (DREES, Études et Résultats, mai 2018, n°1061) :

Note de M. Anguis et coll. « *10 000 médecins de plus depuis 2012* ». Les auteurs font un état des lieux du nombre de médecins en activité en France : parmi eux 45% sont des médecins généralistes et 44% exercent en milieu hospitalier. Ils analysent le vieillissement de la profession qui est amené à changer avec l'augmentation des nouveaux arrivants. De plus, ils précisent que des inégalités de densité de médecins généralistes persistent entre les différents départements mais que l'accessibilité des français à un généraliste reste élevée (environ « *98% de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes* »). Est aussi traité le fait que les deux tiers des nouveaux médecins n'exercent qu'en tant que remplaçants. Ceci s'explique en partie par la féminisation de l'activité.

■ Divers :**Professionnels de santé – Médecins – Infirmiers – Démographie – Accessibilité – Projection d'effectifs (www.drees.solidarites-sante.gouv.fr) :**

La DREES a publié une **étude** intitulée « *Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projection d'effectifs de médecins* ». Cette étude apporte des précisions quant à l'activité des

médecins généralistes et des infirmiers : le nombre ; les raisons de l'augmentation de ces professions ; l'accessibilité pour une certaine tranche de population ; la densité départementale...

Secret médical – Médecin-conseil – Conditions – Utilisation des informations (Éditions Législatives, Santé, Bioéthique, Biotechnologies, mai 2018, p.131) :

Note de la rédaction « *Maintien du secret médical lors de l'utilisation des informations* ». L'article aborde la question du maintien du secret médical par le médecin-conseil alors mandaté par une assurance. En effet, tous les dossiers et documents médicaux doivent rester en sa seule possession sous peine d'être sanctionné au titre de la violation du secret médical. Cependant, la Cour de cassation (Cass., 1^{ère} civ., 21 mars 2018, n°16-12948) précise que, en cours d'instance, l'assureur ne peut produire aucun document couvert par le secret médical, mais une dérogation existe : l'assuré peut choisir de renoncer au bénéfice du secret. Ainsi, dans ce cas-là, l'assureur est en droit de produire toute pièce soumise au secret.

4 – ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

■ Législation :

◇ Législation interne :

Établissements de santé – Dotations régionales – Missions d'intérêt général – SSR (soins de suite et de réadaptation) – USLD (unités de soins longue durée) (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêté du 23 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, fixant pour l'année 2018 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.

Établissements de santé – Déclaration d'intérêts – Transmission (J.O. du 8 mai 2018) :

Arrêté du 25 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, la Ministre du travail, le Ministre de l'éducation nationale et la Ministre des sports, modifiant l'arrêté du 31 octobre 2017 relatif à l'obligation de transmission d'une déclaration d'intérêts prévue à l'article 25 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dans l'administration centrale et les établissements publics sous tutelle des ministères des solidarités et de la santé, du travail, de l'éducation nationale et des sports.

Établissement de soins de suite et de réadaptation – Calcul – Coefficient de transition – Décret n°2017-500 du 6 avril 2017 – Réforme du financement (J.O. du 15 mai 2018) :

Arrêté du 9 mai 2018 relatif aux modalités de calcul pour 2018 du coefficient de transition mentionné à l'article 6 du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Établissements thermaux – Caisses d'assurance maladie – Convention nationale – Rapport (J.O. du 4 mai 2018) :

Avis relatif à l'avenant n° 1 à la convention nationale organisant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les établissements thermaux.

Établissements de santé – Campagne tarifaire – Budget (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

Établissements de santé – Crédits du fonds pour la modernisation – Modalités d'attribution (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Circulaire n° DGOS/R1/2018/113 du 4 mai 2018 relative à la première délégation des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés au titre de l'année 2018.

■ Jurisprudence :**Anesthésistes réanimateurs – Syndicat – Valorisation des activités médicales – Excès de pouvoir (CE., 26 avril 2018, n°406843) :**

Le Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi demande l'annulation pour excès de pouvoir de l'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée. Cet arrêté prévoit « *qu'afin de mieux répondre aux besoins des patients et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques dans les établissements publics de santé, certaines activités médicales programmées puissent être organisées sur des périodes qui s'achèvent après le début du service de permanence et de continuité des soins organisé pour la nuit* ». Le Conseil d'État rejette le pourvoi en commençant par exposer la compétence des auteurs de l'arrêté attaqué. Il estime en effet que l'ensemble des modalités prévues par l'arrêté sont mentionnées dans le code de la santé publique ou encore dans les décrets. Ainsi, le Syndicat ne peut relever une incompétence relative à l'arrêté attaqué. D'autre part le pourvoi est rejeté parce que l'arrêté ne méconnaît pas les dispositions prévues par le code de la santé publique ou encore par les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2013 relatives aux obligations de service.

■ Doctrine :**Établissements de santé – Biologie médicale – Marchés publics – Appels d'offre – Critère du localisme (Note sous CE., 7 mars 2018, n°415675) (Revue Contrats et Marchés publics, mai 2018, n°5, p.102) :**

Note de M. Ubaud-Bergeron « *Appréciation du critère du localisme pour le cas des marchés publics de biologie médicale* ». L'auteur aborde ici un arrêt du Conseil d'Etat rendu le 7 mars 2018. Il est traité en l'espèce, de la possibilité de procéder à l'analyse d'un échantillon biologique par un laboratoire situé dans un territoire de santé limitrophe à celui de l'établissement de santé dans lequel ce prélèvement a eu lieu, à la condition que ce laboratoire soit plus proche que les laboratoires situés sur le même territoire que l'établissement en question. Dès lors, dans le cadre d'un marché public passé par un établissement de santé, « *la comparaison qui doit être faite pour apprécier si l'offre présentée par un candidat qui entend réaliser les analyses dans un laboratoire situé dans un territoire de santé limitrophe du territoire dans lequel est situé l'établissement de santé est régulière, s'effectue avec les seuls laboratoires situés dans le même territoire que l'établissement de santé dans lesquels les candidats qui ont présenté une offre régulière, acceptable et appropriée au sens de l'article 59 du décret n° 2016-360*

du 25 mars 2016 entendent réaliser les analyses ». Pour l'auteur, il s'agit là d'une « interprétation libérale » faite par le Conseil d'État, mais qui est « conforme à l'intention du législateur. »

Structure médicale – Responsabilité médicale – Extension – Italie (Recueil Dalloz, mai 2018, n°18, p.945) :

Note de F. Laffaille « *Une structure médicale n'est pas une structure hôtelière – De l'extension de la responsabilité médicale* ». L'auteur analyse un arrêt de la Cour de cassation italienne (29 janvier 2018, n°2060) qui, à la suite du décès d'une patiente, retient une responsabilité collective de la structure médicale ayant réalisé les examens et des « petites mains » ayant participé à l'opération. La Cour italienne précise qu'une responsabilité collective doit être retenue car « cela revient à regarder l'activité de gestion d'une structure sanitaire comme celle d'une structure hôtelière, au sein de laquelle le gérant répond seulement de la propreté et des services et ne doit pas se préoccuper de ce qu'il advient au sein de ces chambres ». Ainsi, l'auteur précise que pour la Cour de cassation italienne, les structures sanitaires assument une responsabilité totale des activités qui se déroulent en leur sein. De plus, les « petites mains » sont, pour la Cour, considérées comme responsables, au même titre que la structure ou le médecin. En effet, il est précisé qu'il existe, malgré une très forte hiérarchie professionnelle, une obligation de contrôle réciproque entre les médecins et le corps médical (infirmiers).

5 – POLITIQUES ET STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

■ Doctrine :

Construction – Généralités – Maison de retraite – Réforme (Revue de droit immobilier, mai 2018, p.249) :

Note de N. Foulquier, « *Les maisons de retraite : la nouvelle crise du logement* ». L'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) informe qu'en 2050 « la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005 ». Cette évolution poserait des problèmes en termes de logements pour les personnes âgées. La question de l'habitat par rapport aux personnes âgées va dépendre du niveau de dépendance, en effet une personne peu dépendante va généralement décider de vivre seule avec un service d'aide. Une personne dépendante va se voir intégrer une petite unité de vie (PUV) ou encore un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'auteur soulève le travail du législateur et la difficulté qui se pose à lui puisqu'en effet, les maisons de retraite relèvent de plusieurs législations : le code de l'action sociale et de la famille, le code de la construction et de l'habitat, le code de l'urbanisme, et le code général de la propriété des personnes publiques. L'auteur explique que cette complexité ne permet pas de favoriser « le développement des maisons de retraite », cependant, il rajoute que le législateur pourrait intervenir concernant la qualification de certaines catégories de maisons de retraite.

■ Divers :

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) – Faute – Prestations – Personnes handicapées – Complément d'allocation d'éducation d'un enfant handicapé (Note sous TC., 11 décembre 2017, n°4105) (AJDA, avril 2018, n°16, p.883) :

Note de la rédaction « *Faute d'une maison départementale des personnes handicapées : le juge judiciaire compétent* ». Cet article précise la compétence du juge judiciaire dans le cas de la réparation

d'une faute commise lors de l'instruction d'une demande de complément d'allocation d'éducation pour un enfant handicapé. Le CE a saisi le Tribunal des conflits afin de déterminer le juge compétent pour régler un tel litige concernant une demande de complément d'allocation d'éducation d'un enfant handicapé. Le TC rappelle alors que « *un complément à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé peut être attribué par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, à charge d'un recours devant la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale, et que la demande doit en être faite à la maison départementale des personnes handicapées, groupement d'intérêt public au nom duquel sont prises les décisions de la commission* ». Ainsi, la réparation est imputable à une faute commise par la MDPH et donc relève de l'ordre judiciaire.

Personnes âgées – Plateformes d'accompagnement et de répit – Aidants familiaux – Offres de structures (Éditions Législatives, Action sociale, mai 2018, p.185) :

Note de la rédaction « *Les plateformes d'accompagnement et de répit* ». Cet article analyse la création des Plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) qui ont pour but d'apporter un soutien aux aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, Parkinson, d'une sclérose en plaque ou d'autres maladies apparentées. Ces PFR essaient de répondre aux besoins d'informations des familles, elles leur proposent des relais ou diverses prestations de répit et de soutien. De plus, les PFR peuvent être sous forme d'un accueil de jour itinérant et organisent par ailleurs des formations pour les aidants. La création d'un PFR est soumise à l'établissement d'une convention entre l'ARS et le porteur du projet et peuvent être financées par une dotation forfaitaire d'un montant maximal de 100 000€.

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

■ Législation :

◇ Législation européenne :

Substances actives – Approbation – Risque – Santé humaine – Sécurité (J.O.U.E. du 3 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/670 de la Commission du 30 avril 2018 modifiant le règlement d'exécution (UE) n° 540/2011 en ce qui concerne la prolongation de la période d'approbation des substances actives «*bromuconazole*», «*buprofézine*», «*haloxyfop-P*» et «*napropamide*».

Étiquetage – Emballage – Classification – Substances chimiques – Risques pour la santé – Conditions (J.O.U.E. du 4 mai 2018) :

Règlement (UE) 2018/669 de la Commission du 16 avril 2018 modifiant, aux fins de son adaptation au progrès technique et scientifique, le règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges.

◇ Législation interne :

Liste – Produits – Prestations d'hospitalisation – Articles L.162-22-7 et L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêtés n°16, du 26 avril 2018 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 – Autorisation – Modification – Mise sur le marché – Article L.5126-6 du code de la santé publique (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêtés n°10, n°11, n°12, du 24 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

Modification – Liste – Spécialités pharmaceutiques – Article L.5126-6 du code de la santé publique (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêtés n°13, n°14, du 25 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 modifié fixant la liste prévue à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

Radiation – Produits et prestations – Remboursables – Article L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 2 mai 2018) :

Arrêté du 26 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant radiation de produits 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 26 avril 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, portant inscription du surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE PLUS de la société WINNCARE France au titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Substances – Stupéfiants – Liste (J.O. du 8 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

Substances – Psychotropes – Liste (J.O. du 8 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, modifiant l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme psychotropes.

Substances vénéneuses – Liste – Article L. 5132-6 du Code de la santé publique (J.O. du 10 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé, portant classement sur les listes des substances vénéneuses.

AMM – Comité de suivi – Composition – Nomination des membres (J.O. du 15 mai 2018) :

Arrêté du 19 avril 2018 pris par le Ministre d'État, le ministre de la transition écologique et sanitaire, la Ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'économie et des finances, la ministre du travail et le ministre de l'agriculture et de l'alimentation, modifiant l'arrêté du 12 octobre 2015 relatif à la composition du comité de suivi des autorisations de mise sur le marché mentionné à l'article L. 1313-6-1 du code de la santé publique et portant nomination de ses membres.

Produits sanguins labiles – Liste – Caractéristiques (J.O. du 5 mai 2018) :

Décision du 3 mai 2018 modifiant la décision du 8 février 2018 fixant la liste et les caractéristiques des produits sanguins labiles.

Prix – Spécialités pharmaceutiques (J.O. du 3 mai 2018) :

Avis n°94, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques.

Prix – Spécialités pharmaceutiques – Article L.162-16-5 du code de la sécurité sociale (J.O. du 2 et 10 mai 2018) :

Avis n°94, n°96, n°97, n°98, n°186 relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

Prix – Spécialités pharmaceutiques – Article L.162-16-6 du code de la sécurité sociale (J.O. du 2 mai 2018) :

Avis n°100, modifiant l'avis relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

Tarification – Produits de santé – Spécialités pharmaceutiques – Article L.165-1 du code de la sécurité sociale (J.O. du 2 mai 2018) :

Avis relatif à la tarification des surmatelas à air motorisé AXTAIR ONE et AXTAIR ONE PLUS visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Avis rectifiant l'avis relatif à la fixation des prix de cession, des tarifs et des prix limites de vente au public en euros TTC des pansements anatomiques visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Eaux – Consommation humaine – Gestion – Non-conformités (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction relative aux modalités de gestion des non-conformités dans les eaux destinées à la consommation humaine prévues par notes d'information pour l'année 2018.

■ Jurisprudence :**SNITEM – Dispositif médical – Caractéristiques – Loi du 26 janvier 2016 (CE., 26 avril 2018, n°407982) :**

Le décret n° 2016-1716 du 13 décembre 2016 relatif au résumé des caractéristiques du dispositif médical pris en application de l'article L. 5211-4-1 du CSP était attaqué pour excès de pouvoir par le syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) et l'association Medtech. Ils reprochent à ce décret d'aller au-delà des exigences du droit européen (directives 90/385/CEE et 93/42/CEE) et ce faisant de porter atteinte aux objectifs de transposition de ces directives en droit interne. En particulier, l'obligation de transmission du résumé des caractéristiques du dispositif, instaurée par les dispositions nationales qui s'applique à l'ensemble des dispositifs médicaux implantables et des dispositifs médicaux de classe III, hors les dispositifs sur mesure ne s'applique pas en droit européen. Par ailleurs, le ministère de la santé ne peut imposer par anticipation d'appliquer l'article 32 du règlement (UE) 2017/745 abrogeant les directives précitées. Par conséquent, le CE fait bon droit aux demandeurs.

■ Doctrine :

Médicaments – Vente par internet – Règles techniques – Dispositions restrictives – Caractère publicitaire (Note sous CE., 4 avril 2018, n°407292) (Gazette du Palais, avril 2018, n°16, p.46) :

Note de P. Graveleau « *Règles techniques applicables aux sites internet de commerce électronique de médicaments* ». L'arrêté du 28 novembre 2016 interdisant la recherche de référencement à la fois dans les moteurs de recherche et sur les sites de comparateurs de prix contre rémunération, a fait l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat. Le 4 avril 2018, la première et la quatrième chambre du Conseil d'Etat estiment en premier lieu que le ministre des affaires sociales et de la santé disposait de la compétence pour prendre des mesures restreignant la publicité en faveur des officines et de leur site de commerce en ligne. En second lieu, le Conseil d'Etat affirme que ces restrictions ne sont pas disproportionnées au regard de l'objectif de protection de la santé publique.

Dispositif médical – Résumé des caractéristiques du dispositif (RCD) – Décret d'application (Note sous CE, 26 avril 2018, n°407982) (Éditions législatives, Santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, n° 292, p.7) :

Note de J. Peigné « *Exit le décret relatif au résumé des caractéristiques du dispositif médical* ». L'auteur commente la décision rendue par le Conseil d'État le 26 avril 2018 dans laquelle le CE a annulé le décret d'application instituant le résumé des caractéristiques pour certains dispositifs médicaux (RCD). La loi du 26 janvier 2016 a instauré le résumé des caractéristiques du dispositif médical pour quelques dispositifs. Le fabricant du dispositif ou son mandataire a l'obligation de fournir par voie électronique le contenu du RCD aux autorités de surveillance du marché (en France, l'ANSM). L'absence de communication du RCD est sanctionnée au plan pénal et administratif. Au niveau européen, il est prévu d'ici 2020 d'uniformiser ce résumé des caractéristiques de sécurité et des performances cliniques (summary of safety and clinical performance). Le Conseil d'État a été saisi d'une demande pour qu'il apprécie si les directives en vigueur qui imposent la transmission du contenu du RCD aux autorités de surveillance du marché sont compatibles avec le droit de l'Union européenne. Le Conseil d'État a répondu par la négative et a demandé l'annulation du décret d'application ayant institué le RCD.

Dispositifs médicaux connectés (DMC) – Remboursement – HAS (Éditions Législatives, Santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, n°292, p.7) :

Note de K. Haroun « *Remboursement des DM connectés : les spécificités à l'étude* ». Le 23 avril 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une feuille de route détaillant les objectifs, le champ et la mise en œuvre des travaux sur les spécificités méthodologiques d'évaluation clinique des dispositifs médicaux proposés et acceptés par le Collège de la HAS. L'auteur détaille les DMC qui sont visés dans ces travaux et ceux qui ne sont pas concernés. Les DMC visés sont ceux qui sont utilisés à des fins de télésurveillance médicale ou de téléconsultation ou les DMC générant une action du patient à des fins d'autotraitement ou d'auto-surveillance.

■ Divers :

Spécialités pharmaceutiques – Préparation – Mélatonine – AMM – Recommandations (www.anism.sante.fr) :

L'ANSM a publié des **recommandations** intitulées « *Préparations à base de mélatonine – Recommandations* ». Ces recommandations sont destinées aux prescripteurs et pharmaciens.

Médicaments – Groupes génériques – Modification – Répertoire (www.anism.sante.fr) :

L'ANSM a publié une **décision** portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à

l'article R.5121-5 du code de la santé publique.

Médicaments – Dispensation électronique – Bonnes pratiques (Éditions Législatives, Santé, Bioéthique, Biotechnologies, mai 2018, p.108) :

Note de la rédaction « *Bonnes pratiques de dispensations électroniques* ». Cet article revient sur les conditions, prévues par la Loi de modernisation de notre système de santé (26 janvier 2016) et l'arrêté du 28 novembre 2016, de dispensation de médicaments en ligne. Il est prévu qu'il appartient au Ministère de la santé d'édicter les règles techniques applicables au fonctionnement des sites internet de commerce, de prévoir les conditions de protections des données de santé, la réglementation de la présentation des médicaments en ligne... Des arrêts sont venus apporter des précisions :

- CE., 4 avril 2018, n°370072 : traite de la légalité de l'arrêt de novembre à « *l'exception de la disposition prohibant toute forme de promotion des médicaments proposés à la vente en ligne* ».
- CE., 26 mars 2018, n°407289 : arrêt qui annule la « *disposition interdisant aux pharmaciens de préparer les commandes en ligne dans des locaux se situant à proximité immédiate de leur officine* ».

PRIME – Médicaments prioritaires – Mise sur le marché accélérée – EMA (www.ema.europa.eu) :

Note de la rédaction « *Two years of PRIME* ». En mars 2016, l'Agence européenne du médicament (EMA) a lancé le programme « PRiority MEDicines » (PRIME) ayant pour objectif d'offrir un accès accéléré à certains médicaments et d'optimiser les données relatives aux bénéfices et aux risques de ces médicaments. Le 7 mai 2018, l'EMA a publié un rapport présentant les résultats des deux premières années du programme PRIME. Depuis sa création, l'EMA a reçu 177 demandes et 36 médicaments ont déjà été acceptés. Les demandes les plus nombreuses concernent les médicaments oncologiques et hématologiques. Ce rapport démontre que les 36 médicaments acceptés ont principalement trait au traitement de maladies rares. De plus, l'une des caractéristiques de PRIME est d'assurer le soutien multidisciplinaire. En d'autres termes, des réunions multidisciplinaires sont organisées afin de discuter de toutes les questions d'un cycle de vie d'un médicament éligible au programme PRIME. Actuellement, 31 réunions ont déjà eu lieu.

7 – SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ AU TRAVAIL

■ Législation :

◇ Législation européenne :

Perturbateurs endocriniens – Critères scientifiques – Détermination des propriétés (J.O.U.E. du 2 mai 2018) :

Rectificatif au règlement (UE) 2018/605 de la Commission du 19 avril 2018 modifiant l'annexe II du règlement (CE) no 1107/2009 en établissant des critères scientifiques pour la détermination des propriétés perturbant le système endocrinien.

REACH – Substances chimiques – Classées CMR – Autorisation – Enregistrement (J.O.U.E. du 4 mai 2018) :

Règlement (UE) 2018/675 de la Commission du 2 mai 2018 modifiant les appendices de l'annexe XVII du règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil concernant l'enregistrement,

l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH) en ce qui concerne les substances CMR.

Produits phytopharmaceutiques – Évaluation – Autorisation – Principes uniformes (J.O.U.E du 4 mai 2018) :

Règlement (UE) 2018/676 de la Commission du 3 mai 2018 rectifiant le règlement (UE) n° 546/2011 de la Commission portant application du règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les principes uniformes d'évaluation et d'autorisation des produits phytopharmaceutiques.

Produits phytopharmaceutiques – Mise sur le marché – Substance active « forchlorfenuron » (J.O.U.E. du 4 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/679 de la Commission du 3 mai 2018 renouvelant l'approbation de la substance active «forchlorfenuron» 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.

Produits phytopharmaceutiques – Mise sur le marché – Substance active « fenazaquine » (J.O.U.E. du 8 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/690 de la Commission du 7 mai 2018 modifiant le règlement d'exécution (UE) n° 540/2011 en ce qui concerne les conditions d'approbation de la substance active «fenazaquine».

Produits phytopharmaceutiques – Mise sur le marché – Substance de base « talc E553B » (J.O.U.E. du 8 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/691 de la Commission du 7 mai 2018 portant approbation de la substance de base « talc E553B » 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.

Produits phytopharmaceutiques – Mise sur le marché – Substance active « zoxamide » (J.O.U.E. du 8 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/692 de la Commission du 7 mai 2018 renouvelant l'approbation de la substance active « zoxamide » 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.

Produits phytopharmaceutiques – Approbation – Substance active « silthiofam » - Mise sur le marché (J.O.U.E. du 15 mai 2018) :

Règlement d'exécution (UE) 2018/710 de la Commission du 14 mai 2018 renouvelant l'approbation de la substance active « silthiofam » 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 :**

Pollution – Air ambiant – Rôle – ARS – Gestion des pics de pollution
(www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction n° DGS/SDVSS/EA/MICOM/2018/103 du 13 avril 2018 relative à l'action des ARS en cas d'épisodes de pollution de l'air ambiant.

■ **Doctrine :**

Allégations de santé – Substances botaniques – Denrées alimentaires – Recours en carence – Défaut d'intérêt à agir (Note sous CJUE, 3^{ème} ch., 23 novembre 2017, Aff., C-596/15 et C-597/15, Bionorica) (Revue de Droit rural, mai 2018, n°463, p.87) :

Note de D. Gadbin « *Allégations de santé relatives aux substances botaniques dans les denrées alimentaires : l'Union échappe à la carence* ». L'auteur commente l'arrêt rendu par la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE) en date du 23 novembre 2017. En l'espèce, la Commission européenne a reçu, de la part des États membres, de nombreuses allégations de santé portant sur les denrées alimentaires. Après évaluation de l'European Food Safety Authority (EFSA), la Commission a adopté une liste partielle d'allégations autorisées, laissant les autres allégations en attente d'évaluation. La Commission a justifié sa position par la demande considérable et la nécessité de disposer de plus temps pour adopter la liste complète. Afin de faire constater la carence de la Commission, les requérants ont saisi le Tribunal qui a rejeté les recours formés au motif que la Commission avait suffisamment justifié sa position. Saisie d'un pourvoi, la CJUE a également rejeté les recours en carence tout en reprochant au Tribunal d'avoir commis une erreur de droit. En effet, la Cour considère que la Commission n'a pas suffisamment pris position au sens de l'article 265 alinéa 2 du TFUE, en d'autres termes, que les requérants ont invité la Commission à agir en ayant clairement exprimé leur volonté de saisir sans délai l'EFSA afin qu'elle poursuive l'évaluation de certaines substances. Concernant les allégations de santé, la Cour conteste également la constatation d'équivalence faite par le Tribunal entre les régimes transitoire et définitif, puisqu'elle rappelle que deux catégories sont soumises à des exigences différentes. Mais la Cour rejette les recours considérant que les deux requérants étaient dépourvus d'intérêt à agir.

Entreprise utilisatrice – Contestation – Taux d'incapacité permanente – Intérimaire victime – Accident du travail (Note sous Cass., 2^{ème} civ., 15 mars 2018, n° 16-19043) (Jurisprudence Sociale Lamy, mai 2018, n° 452) :

Note de D. Julien-Paturle « *L'entreprise utilisatrice n'a pas qualité pour contester le taux d'incapacité permanente attribué à un intérimaire victime d'un accident du travail* ». En l'espèce, un salarié, mis à disposition d'une société utilisatrice par une société d'intérim, a été victime d'un accident du travail. L'entreprise utilisatrice a saisi la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale contestant le taux d'incapacité permanente partielle fixé à 15% par la caisse d'assurance maladie. La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) a fixé l'incapacité permanente partielle au taux de 8%. Pour la CNITAAT, dès lors qu'elle supporte pour partie le coût de l'accident du travail, l'entreprise utilisatrice pouvait légitimement contester, dans un délai de deux mois, le taux d'incapacité puisque la décision qui fixe le taux d'incapacité influe sur le montant de la rente versée au salarié. Au visa de l'article L. 1251-1 du code du travail, la deuxième chambre civile de la Cour de Cassation a cassé l'arrêt rendu par la CNITAAT considérant que « *le seul employeur d'un salarié lié par un contrat de mission à une entreprise de travail temporaire et mis à la disposition d'une entreprise utilisatrice est l'entreprise de travail temporaire si elle peut agir en responsabilité contractuelle contre l'entreprise de travail temporaire devant la juridiction de droit commun, ou contester devant la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale l'imputation pour partie du coût de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle prévue par l'article L. 241-5-1 du code de la sécurité sociale,*

l'entreprise utilisatrice, qui n'est pas l'employeur juridique du salarié mis à sa disposition, n'a pas qualité pour contester devant les juridictions du contentieux de l'incapacité la décision portant fixation du taux d'incapacité permanente du salarié, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à l'occasion d'une mission ». En d'autres termes, l'auteur affirme qu'en tant qu'employeur du salarié, seule l'entreprise d'intérim peut contester le taux d'incapacité fixé par la caisse primaire d'assurance maladie.

Accidents du travail – Maladies professionnelles – Préjudices indemnisables – Faute inexcusable de l'employeur – Frais remboursables (JCP Social, mai 2018, n°17, p.1143) :

Note de R. Bouvet et V. Desrioux « *Les préjudices indemnisables dans le cadre de la faute inexcusable de l'employeur* ». Les auteurs développent la question de l'indemnisation des victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle imputable à la faute inexcusable de l'employeur. Certains préjudices sont couverts par le livre IV du Code de la sécurité sociale et font l'objet d'une indemnisation intégrale alors que d'autres sortent du cadre de droit commun et ne peuvent pas bénéficier de cette réparation intégrale. Les auteurs distinguent les préjudices temporaires (préjudices nés avant la consolidation de l'état de santé de la victime) des préjudices permanents (préjudices nés après la consolidation de l'état de santé). S'agissant des préjudices temporaires, puisqu'ils ne sont pas couverts par le Code de la sécurité sociale, la Haute juridiction civile a reconnu la possibilité pour la victime de demander l'indemnisation de son déficit fonctionnel temporaire qu'il soit total ou partiel. Quant à l'indemnisation des préjudices permanents, en plus des préjudices prévus par l'article L.452-3 du Code de la sécurité sociale, la Cour de Cassation a admis que la victime puisse obtenir réparation de certains préjudices de droit commun (financement de l'aménagement de son logement, frais de véhicule, préjudice d'établissement). Toutefois, les auteurs rappellent que certains préjudices demeurent difficilement indemnisables (frais de santé, le recours à une tierce personne). En dehors de l'indemnisation de la victime elle-même, l'article L.452-3 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale prévoit, pour les ayants droits d'une victime, la réparation de leur préjudice moral. L'indemnisation peut même jouer alors que l'ayant droit n'était pas encore né à la date de décès de la victime (Cass., 2^{ème} civ., 14 décembre 2017, n°16-26687). L'indemnisation des ayants droits reste toutefois limitée puisque l'indemnisation du préjudice économique n'est pas possible.

Préjudice d'anxiété – Amiante – Indemnisation – Salarié – Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) (Les Cahiers Sociaux, mai 2018, n°307, p.13) :

Note de M. Keim-Bagot, « *Préjudice d'anxiété : sortir de l'impasse* ». L'auteur commence par aborder le sujet en commentant deux arrêts : l'un de la Cour d'Appel de Paris, pôle 6, chambre 8, en date du 29 mars 2018, l'autre de la Cour de Cassation, rendu par sa chambre sociale, le 5 avril 2018. Il met en lien ces deux arrêts suite au fait que les décisions rendues sont différentes mais portent sur le même sujet à savoir l'indemnisation du préjudice d'anxiété suite à l'exposition d'un salarié à l'amiante. En effet, un arrêté ministériel fixe une liste « *des établissements dans lesquels les salariés sont éligibles à l'ACAATA* », dès lors qu'un salarié a travaillé pour l'une des entreprises mentionnées et est victime d'un préjudice d'anxiété suite à une exposition à l'amiante il pourra être indemnisé, autrement ce n'est pas possible. La Cour de Cassation a réaffirmé cet argument en n'acceptant pas « *l'argument tiré de la violation par l'employeur de son obligation de sécurité comme fondement de la réparation du préjudice* ». L'auteur aborde le fait que l'anxiété est encouragée par les mesures prises par la chambre sociale en transformant la présomption de préjudice d'anxiété en « *règle substantielle, en condition d'attribution* », de ce fait « *le bénéfice potentiel du dispositif de préretraite amiante devenant la condition de fond de l'indemnisation* ». Il soulève également les différentes approches établies par le juge du travail et le juge de la sécurité sociale. L'auteur explique ensuite que l'idée de l'anxiété tend à être considérée comme une maladie professionnelle alors qu'elle devrait « *faire l'objet d'une demande d'indemnisation sur le terrain de la responsabilité contractuelle de l'employeur* » selon lui. Enfin, l'auteur aborde la preuve par le biais de la présomption d'exposition. En effet, cette présomption s'observe par l'inscription d'entreprises sur la liste définie par arrêté ministériel. L'auteur expose la position de la chambre sociale qui est d'avoir créé un régime spécial d'indemnisation pour les salariés qui auraient travaillé dans un établissement listé et qui ainsi bénéficieraient de la présomption et n'auraient pas à

démontrer leur exposition et également le préjudice subi. En changeant de position et ainsi en admettant qu'elle aurait créé un régime dérogatoire pour les victimes de l'amiante éligibles au dispositif ACAATA, la chambre sociale opérerait à un revirement et reviendrait à « l'état antérieur ».

■ Divers :

Santé – Sécurité – Travail – Normes ISO (www.iso.org) :

Note de la rédaction « *Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail : la contribution des normes ISO* ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime qu'environ 3 millions de personnes décèdent chaque année suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle. Afin de favoriser la mise en œuvre d'un système de management permettant d'améliorer la santé et la sécurité des travailleurs, l'ISO a publié la norme ISO 45001 intitulée *Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail – Exigences et lignes directrices pour leur utilisation*. Grâce à cette norme, les organisations bénéficient d'un cadre qui leur permet de prévoir les mesures à prendre pour tenter d'éviter les accidents du travail, les affections longue durée et l'absentéisme en leur sein.

Amiante – Préjudice d'anxiété – Date de naissance (Note sous Cass., soc., 5 avril 2018, n°17-10402, à n°17-10405 et n°17-10407 à n°17-10409) (JCP Entreprise et Affaires, avril 2018, n°17, p.317) :

Note de la rédaction « *Amiante : date de naissance du préjudice d'anxiété* ». En l'espèce, en 2006, la société A, placée en redressement judiciaire, a été cédée à la société B. Le 1^{er} janvier 2007, les contrats de travail de plusieurs salariés de la société A ont, par conséquent, été transférés à la société B. Un arrêté ministériel du 28 avril 2010 a inscrit la société B sur la liste des établissements éligibles à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA). Souhaitant bénéficier de l'ACCATA, les salariés ont saisi la juridiction prud'homale afin d'en demander le versement. Pour la Cour de cassation, « *le préjudice d'anxiété, qui ne résulte pas de la seule exposition à un risque créé par l'amiante, est constitué par les troubles psychologiques qu'engendre la connaissance de ce risque par les salariés ; qu'il naît à la date à laquelle les salariés ont connaissance de l'arrêté ministériel d'inscription de l'établissement sur la liste des établissements permettant la mise en œuvre de l'ACAATA* ». En d'autres termes, la date de naissance du préjudice d'anxiété est la date de l'arrêté ministériel à laquelle les salariés ont eu connaissance de l'inscription de l'établissement sur la liste des établissements mettant en œuvre l'allocation.

Amiante – Préjudice d'anxiété – Conditions de réparation (Note sous Cass., soc., 5 avril 2018, n°16-19002, n°16-19007, n°16-19015, n°16-19018 et n°16-19020) (JCP Entreprise et Affaires, avril 2018, n°17, p.316) :

Note de la rédaction « *Amiante : confirmation des conditions de réparation du préjudice d'anxiété* ». Dans les faits, plusieurs salariés d'une société ont assigné leur employeur pour réparation de leur préjudice d'anxiété causé par plusieurs manquements à ses obligations légales (défaut de mise en place d'un document unique d'évaluation des risques, mauvaise exécution du contrat de travail). La Cour de Cassation rappelle que les salariés qui n'ont pas travaillé dans l'un des établissements figurant sur la liste des établissements éligibles à l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACCATA) ne peuvent prétendre à l'indemnisation de leur préjudice moral au titre de l'exposition à l'amiante, quand bien même ils se fonderaient sur le manquement de l'employeur à son obligation de sécurité.

Amiante – Manquements de l'employeur – Recours contre l'État – Décret n°77-949 du 17 août 1977 (Note sous CE 26 mars 2018, n° 401376) (Éditions législatives, Sécurité et Conditions de travail, mai 2018, p.52) :

Note de la rédaction « *Amiante* ». Dans son arrêt du 26 mars 2018, le Conseil d'État a appliqué sa jurisprudence de 2015 (CE., 9 novembre 2015, n°34-2468) relative au partage de responsabilité entre l'employeur et l'État en raison de leurs fautes constitutives d'un dommage. En l'espèce, une société, condamnée à indemniser un salarié victime d'une exposition à l'amiante, a demandé au Conseil d'État que la responsabilité de l'État soit engagée afin que les sommes que la société a versées au salarié victime lui soient restituées. Le Conseil d'État a rejeté la demande de la société. Afin de répondre au fait qu'aucun partage de responsabilité entre la société et l'État n'est possible, la haute juridiction administrative a distingué deux périodes : avant et après l'entrée en vigueur du décret du 17 août 1977, relatif aux mesures particulières d'hygiène applicables dans les établissements où le personnel est exposé à l'action des poussières d'amiante. Au cours de la période antérieure, la société spécialisée dans la production d'amiante-ciment depuis sa création n'a pris aucune mesure de protection contre l'exposition aux poussières d'amiante et a donc commis une faute d'une particulière gravité ne permettant pas un partage de responsabilité avec l'État. De plus, pendant la période postérieure au décret, le Conseil d'État relève que les seuils d'empoussièrement fixés par le décret du 17 août 1977 ont été dépassés sur quelques postes de travail et que la société n'a pas mis en place un système garantissant la protection des salariés. De ce fait, la responsabilité de l'État pour carence fautive ne pouvait être engagée.

Harcèlement moral – Obligation de sécurité de résultat – Employeur – Responsabilité – Protection de la santé et de la sécurité des travailleurs (Éditions Législatives, Sécurité et conditions de travail, mai 2018, p.17) :

Note de la rédaction « *Risques psychosociaux* ». Selon le code du travail « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », de ce fait, il est soumis à une obligation de sécurité de résultat envers ses salariés, il peut ainsi voir sa responsabilité engagée lorsqu'il ne respecte pas celle-ci. Cette obligation s'est étendue au harcèlement moral depuis 2006. L'article expose deux décisions importantes de la Cour de Cassation en la matière, en effet, ces décisions exposent le fait que l'employeur peut effectivement voir sa responsabilité engagée dès lors qu'il ne respecte pas son obligation de sécurité même s'il a mis en œuvre toutes les dispositions nécessaires afin de « *faire cesser les agissements de harcèlement moral* ». Cependant, l'employeur peut s'exonérer de sa responsabilité en matière de harcèlement moral depuis l'arrêt du 1^{er} juin 2016 de la Cour de Cassation dès lors qu'il a pris toutes « *les mesures de prévention visées aux articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail et notamment qu'il ait (préalablement) mis en œuvre des actions de d'information et de formation propres à prévenir la survenance de faits de harcèlement moral* ». En plus du harcèlement moral, l'employeur peut voir sa responsabilité engagée dès lors qu'il y a des violences physiques. Concernant celles-ci, peu importe la gravité des violences commises, le simple fait qu'elles aient été commises suffit pour que l'employeur voit sa responsabilité engagée, la Cour de Cassation admet une responsabilité absolue de l'employeur. En matière de harcèlement, seule la victime dite « *directe* » du harcèlement peut « *attaquer l'employeur sur le fondement de son obligation de sécurité* » du fait de la relation « *individuelle* » qui s'établit entre la victime et l'auteur.

OGM – Impact – Santé humaine – Santé animale – Droit de l'environnement (Éditions Législatives, Santé, bioéthique, biotechnologies, mai 2018, p.8) :

Note de V. Maleville « *Les conséquences des OGM sur la santé humaine ou animale peuvent relever du domaine de l'environnement* ». L'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA), saisie d'une demande de mise sur le marché de denrées alimentaires, d'ingrédients alimentaires et d'aliments pour animaux contenant du soja génétiquement modifié a émis des avis positifs sur ces produits considérant que le soja non génétiquement modifié est aussi sûr que le soja non génétiquement modifié quant à ses effets sur la santé humaine et animale ou sur l'environnement. Conformément à ces avis, la Commission

européenne a donc autorisé la mise sur le marché de ces produits. Opposée à l'introduction de ces produits sur le marché, une organisation non gouvernementale (ONG) a saisi la Commission européenne d'une demande de réexamen des décisions d'autorisation sur la base du règlement d'Aarhus. La Commission a rejeté la demande de réexamen estimant que « *les aspects liés à l'évaluation sanitaire des denrées alimentaires ou des aliments pour animaux génétiquement modifiés ne pouvaient pas être examinés dans le cadre de l'article 10 du règlement n°1367/2006 [règlement d'Aarhus], au motif que ces aspects ne concernaient pas l'évaluation de risques environnementaux.* » Saisi par l'ONG d'une demande d'annulation de la décision de la Commission, le Tribunal de l'Union européenne (TUE) a fait droit à la demande et a annulé la décision. Le TUE énonce que le règlement d'Aarhus qui concerne les denrées alimentaires et les aliments génétiquement modifiés pour animaux, fait pleinement partie des matières du droit de l'environnement et par conséquent, les autorisations accordées par la Commission sont susceptibles de faire l'objet d'un réexamen interne. Il ajoute que « *les organismes génétiquement modifiés font partie, en principe, de l'environnement naturel et constituent donc régulièrement un élément de l'environnement.* »

8 – SANTÉ ANIMALE

■ Législation :

◇ Législation européenne :

Influenza aviaire – Mesures de protection – États membres (J.O.U.E. du 8 mai 2018) :

Décision d'exécution (UE) 2018/697 de la Commission du 7 mai 2018 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.

9 – PROTECTION SOCIALE : MALADIE

■ Législation :

◇ Législation interne :

Candidature – Procédure – Désignation – Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (J.O. du 12 mai 2018) :

Arrêté du 3 mai 2018 pris par la Ministre des solidarités et de la santé et le Ministre de l'action et des comptes publics, relatif à la procédure de candidature des organisations en vue de la désignation des membres du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

Union nationale des caisses d'assurance maladie – Fixation – Taux – Participation – Assuré – Spécialités pharmaceutiques (J.O. du 2, 3 mai 2018) :

Décision du 20 mars 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Avis n°95, relatif aux décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant fixation des

taux de participation de l'assuré applicables à des spécialités pharmaceutiques.

Caisse nationale de l'assurance maladie – Abattement – Allocations – CMU-c – ACS (Aide au paiement d'une complémentaire santé) – AAH (allocation aux adultes handicapés) – ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) – ASV (allocation supplémentaire vieillesse) (www.circulaires.legifrance.gouv.fr) :

Instruction interministérielle n° DSS/2A/2018/107 du 20 avril 2018 fixant les montants de l'abattement mentionné à l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale pour les allocations versées au titre des moins d'avril 2018 à mars 2019.

■ Divers :

Complémentaire santé – Couverture – Salariés – Obligation – Versement santé (Note sous CE., 26 avril 2018, n°408506) (Semaine Sociale Lamy, mai 2018, n°1814-1815) :

Note de la rédaction « *Couverture complémentaire santé* ». L'article traite du « versement santé », c'est-à-dire le versement par l'employeur d'une somme représentative de la participation au financement de la couverture collective à adhésion obligatoire. Ce versement est effectué pour les salariés ayant un contrat de travail d'une durée déterminée, à temps partiel ou en contrat de mission, d'une durée maximale de trois mois et à condition qu'il ait souscrit, sans aide de l'État, à un contrat d'assurance-maladie complémentaire individuel.

10 – PROTECTION SOCIALE : FAMILLE, RETRAITES

■ Législation :

◇ Législation interne :

Prime d'activité – Revalorisation- Montant forfaitaire (J.O. du 4 mai 2018) :

Décret n° 2018-323 du 3 mai 2018 portant revalorisation du montant forfaitaire de la prime d'activité.

RSA – Revalorisation – Montant forfaitaire (J.O. du 4 mai 2018) :

Décret n° 2018-324 du 3 mai 2018 portant revalorisation du montant forfaitaire du revenu de solidarité active.

Prime à la naissance – Prestation d'accueil du jeune enfant – Plafonds des ressources (J.O. du 5 mai 2018) :

Décret n° 2018-331 du 3 mai 2018 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant.

Retraite – Régime complémentaire – Personnel navigant (J.O. du 6 mai 2018) :


Décret n° 2018-337 du 4 mai 2018 relatif au régime complémentaire de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile (CRPNPAC).

Allocation personnes âgées – Revalorisation – Saint-Pierre-et-Miquelon (J.O. du 6 mai 2018) :

Décret n° 2018-340 du 4 mai 2018 portant revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Allocation spéciale personnes âgées – Revalorisation – Mayotte (J.O. du 14 mai 2018)

Décret n° 2018-349 du 14 mai 2018 portant revalorisation de l'allocation spéciale aux personnes âgées à Mayotte.

Institut Droit et Santé ■ 45 rue des Saints-Pères ■ 75006 Paris Cedex 6 ■ 01 42 86 42 10 ■ ids@parisdescartes.fr
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'Ecole de Médecine, 75270 PARIS CEDEX 06

Imprimeur : Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, 75270 PARIS CEDEX 06
Parution du 15 mai 2018.

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.