



Institut Droit et Santé,
45 rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 6.
Tél. : 01.42.86.42.10.
E-mail : ids@parisdescartes.fr
Site : <http://www.institutdroitetsante.fr>

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

N°73 : Période du 1er au 15 avril 2009

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire	2
2. Bioéthique et droits des usagers du système.....	8
3. Professionnels de santé.....	14
4. Etablissements de santé.....	21
5. Politiques et structures médico-sociales	26
6. Produits issus du corps humain, produits de santé et produits alimentaires.....	27
7. Santé environnementale et santé au travail.....	33
8. Santé animale	41
9. Protection sociale contre la maladie	42

1. Organisation, santé publique et sécurité sanitaire

Législation :

Législation européenne :

– **Consommation de fruits - aide communautaire - école - [règlement CE n° 1234/2007](#)** (J.O.U.E. du 3 avril 2009) :

[Règlement CE n° 228/2009 de la Commission du 7 avril 2009](#) portant modalités d'application du règlement (CE) n° 1234/2007 du Conseil en ce qui concerne l'octroi d'une aide communautaire pour la distribution de fruits et de légumes, de fruits et de légumes transformés et de bananes et de produits qui en sont issus aux enfants dans les établissements scolaires, dans le cadre d'un programme en faveur de la consommation de fruits à l'école.

– **Réseau de surveillance - maladie transmissible - [décision n° 2000/96/CE](#)** (J.O.U.E. du 3 avril 2009) :

[Décision de la Commission du 2 avril 2009](#) modifiant la décision 2000/96/CE concernant les réseaux de surveillance spécialisés pour les maladies transmissibles.

Législation interne :

– **Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) - contrôle général économique et financier - Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (J.O. du 8 avril 2009) :

[Arrêté du 3 avril 2009](#) pris par le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, portant désignation de la mission Agences régionales de l'hospitalisation du service du contrôle général économique et financier pour exercer le contrôle économique et financier de l'Etat sur le groupement d'intérêt public « *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » et le contrôle financier sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

– **Greffon - transplantation d'organe - répartition - attribution - [arrêté du 6 novembre 1996](#)** (J.O. du 3 avril 2009) :

[Arrêté du 31 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 6 novembre 1996 modifié portant homologation des règles de répartition et

d'attribution des greffons prélevés sur une personne décédée en vue de transplantation d'organes.

– **Certificat de santé - enfant - modèle d'imprimé - [arrêté du 5 décembre 2005](#)** (J.O. du 1er avril 2009) :

[Arrêté du 11 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 5 décembre 2005 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les premier, deuxième et troisième certificats de santé de l'enfant.

Doctrine :

– **Alcool - dépendance - sevrage - bénéfique - soutien psychosocial** (Revue Prescrire, avril 2009, p. 270) :

Synthèse élaborée collectivement par la rédaction de la revue Prescrire intitulée : « *Alcoolodépendance : après le sevrage* ». Cette synthèse est divisée en deux parties, la première portant sur l'arrêt prolongé de l'alcool et la seconde sur le soutien psychosocial pour cette maladie chronique. La rédaction précise que l'alcoolodépendance se caractérise par la perte de la maîtrise de la consommation d'alcool et touche environ 2 millions de personnes en France. Selon les auteurs, la difficulté pour les patients touchés est de contrôler leur consommation à long terme. Ils démontrent d'une part que l'abstinence conduit à une forte diminution de la mortalité des sujets atteints de cirrhose et à une nette amélioration sociale et relationnelle. D'autre part, ils soulignent qu'un accompagnement psychologique aide à rompre certaines habitudes et favorise une réinsertion sociale.

– **Naissance - enfant - contraception - taux de natalité (www.ined.fr)** :

[Publication](#) de G. Pison intitulée : « *France 2008 : pourquoi le nombre de naissances continue-t-il d'augmenter ?* ». L'auteur explique que les couples ont le même nombre d'enfants qu'il y a trente ans, mais plus tardivement, grâce notamment à la diffusion de la contraception et à la politique de conciliation entre vie de famille et vie professionnelle. Selon l'auteur, ce report des maternités a fait chuter l'indicateur de fécondité ainsi que les naissances pendant un temps, mais explique aujourd'hui leur hausse.

– **Indicateur - qualité - performance - médecin réanimateur** (Risques et Qualité, n° 1, 2009, p. 49) :

Article de B. Misset, C. Chouaid, G. Hejblum et B. Guidet intitulé : « *Indicateurs de qualité en réanimation* ». Selon les auteurs, les médecins réanimateurs ont été précurseurs dans le domaine de l'évaluation et ont élaboré de nombreux outils à cet effet. Les auteurs précisent que la performance peut se mesurer de façon quantitative ou qualitative, mais que, selon eux, la qualité est toujours prioritaire par rapport à la quantité. Les indicateurs de qualité et de performance sont regroupés en indicateurs de structure, de procédure et de résultat. Chaque classe d'indicateur a des avantages et ne peut résumer seule la performance. Aussi, le choix des indicateurs se révèle difficile dans la démarche d'amélioration de l'information des usagers et de la qualité des soins.

– **Accueil - soins - exilé - Comité médical pour les exilés (Comede)** (Revue Prescrire, n° 306, p. 296) :

Article anonyme intitulé : « *Difficultés des exilés en France* ». Selon l'auteur, « *l'accueil et les soins aux exilés assurés par le Comede s'inscrivent comme un relais avant une prise en charge au sein du système de santé de droit commun. Cependant, cet accès se heurte à de nombreux obstacles administratifs* » tels que le refus de prise en charge, un droit au séjour pour raison médicale mal appliqué ou encore des disparités de traitement. En définitive, l'auteur souligne que « *les exilés présents en France ont des droits qui sont mal appliqués, notamment quand ils sont malades. La déontologie s'applique pourtant à tous, y compris aux étrangers* ».

– **Etablissement de santé - patient - sécurité - Indicateurs de sécurité des patients (ISP) - Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière (COMPAQH)** (Risques et qualité, n° 1, 2009, p. 25) :

Article de S. Lambert-Evans, P. Loirat, B. Filet, et E. Minvielle intitulé : « *COMPAQH. Mesure de la sécurité des patients dans les établissements de santé : Etats des lieux et perspectives dans le contexte français* ». Selon les auteurs, « *la sécurité des patients et la lutte contre les événements indésirables évitables liés aux soins constituent une préoccupation croissante dans le domaine de la santé* ». Cet article analyse le développement des ISP et « *envisage leur utilisation dans le contexte hospitalier français* ». Il souligne également que les problèmes éventuels posés par la collecte des ISP en France sont notamment le caractère imprécis de certaines définitions ou encore la faible fréquence qui limite les comparaisons inter-établissements.

Divers :

– **Institut de veille sanitaire (InVS) - vaccination internationale - syndrome hémolytique et urémique** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 7 avril 2009, n° 14) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Ce numéro comporte les articles suivants :

– « *Surveillance du syndrome hémolytique et urémique chez les enfants de 15 ans et moins en France, 1996-2007* » de L. A King, E. Espié, S. Haeghebaert, F. Grimont, P. Mariani-Kurkdjian, I. Filliol-Toutain, É. Bingen, F.-X. Weill, C. Loirat, H. De Valk, V. Vaillant ;

– « *Pèlerins à destination de La Mecque vus au Centre de vaccinations internationales de Strasbourg (France) : couverture vaccinale diphtérie, tétanos, poliomyélite et grippe* » de C. Hommel, C. Latrech-Jung, J. Foegle, J. Cornaglia, J. Bles, D. Christmann.

– **Institut de veille sanitaire (InVS) - mortalité - santé bucco-dentaire - risque pandémique** (Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 14 avril 2009, n° 15) :

Publication de l'InVS au Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Ce numéro comporte les articles suivants :

– « *Surveillance de la mortalité en France au cours de l'hiver 2008-2009, premiers éléments* » de A. Fouillet, D. Ilef et L. Josseran ;

– « *Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003* » de C. Vincelet, S. Azogui-Lévy, I. Grémy ;

– « *Les Français à l'épreuve du risque pandémique : une enquête exploratoire* » de J. Raude, S. Deguen, M. Setbon.

– **Pandémie - grippe - prévention - lutte** (www.sante.gouv.fr) :

Plan national de prévention et de lutte contre la pandémie grippale publié par le secrétariat général de la défense nationale. Le gouvernement avait arrêté en octobre 2004 un premier plan de lutte contre la nouvelle pandémie grippale. Ce plan national est la quatrième édition, la précédente datant de janvier 2007. L'actualisation vise à prendre en compte les avancées réalisées depuis 2007 comme le nouveau règlement sanitaire international, les travaux réalisés sous l'égide du délégué interministériel à la grippe aviaire et la publication du Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale. Enfin, elle prend en considération les progrès scientifiques et techniques sur les vaccins dits « *pré-pandémiques* ».

– **Hospitalisation à domicile (HAD) - patient - soin - Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)** (www.irdes.fr) :

Etude de l'IRDES intitulée : « *L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients* ». L'objet de cette étude est d'analyser les soins qui sont administrés aux patients hospitalisés à domicile ainsi que leur prise en charge en HAD qui se situe dans leur trajectoire de soins. Selon cette étude, la capacité totale en places d'HAD a été multipliée par 1,7 en six ans. Par ailleurs, l'analyse du profil des patients hospitalisés à domicile en 2006 révèle qu'il s'agit principalement d'hommes âgés et de jeunes mères.

– **Cancer - prostate - dépistage - traitement** (www.senat.fr) :

[Rapport](#) de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur « *le dépistage et le traitement du cancer de la prostate* ». Le rapport souligne dans un premier temps que la détection précoce du cancer de la prostate est un enjeu essentiel. Il examine ensuite les politiques de dépistage et constate qu'elles sont lacunaires. Ce faisant, le rapport émet des recommandations tendant à favoriser un dépistage de meilleure qualité, à améliorer l'organisation du dépistage, à approfondir l'analyse du rapport bénéfice/risque des traitements ainsi que la connaissance des données médico-économiques relatives au dépistage et au traitement du cancer de la prostate, et enfin, des recommandations visant un dépistage systématique du cancer de la prostate.

– **Transplantation d'organe - recommandation - Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)** (www.inserm.fr) :

[Expertise collective](#) de l'Inserm intitulée : « *Transplantation d'organes, quelles voies de recherche ?* ». Ce document présente les recommandations du groupe d'experts réunis par l'Inserm concernant la transplantation d'organes solides et les axes prioritaires de recherche en transplantation. Ce travail de synthèse a notamment consisté en l'analyse des cas de rejet et en l'étude des diverses complications pouvant survenir après la transplantation. L'Inserm a ensuite émis des recommandations portant sur le financement et la structuration de la recherche en transplantation.

– **Tuberculose - plan de riposte - recherche - Organisation mondiale de la santé (OMS)** (www.who.fr) :

[Réunion ministérielle](#) des pays membres de l'OMS ayant une lourde charge de tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Cette réunion s'est tenue à Beijing, en Chine, du 1^{er} au 3 avril 2009. A cette occasion, un appel à lutter contre la tuberculose et à soigner les patients a été lancé. Ainsi, les gouvernements ont été invités à augmenter sensiblement les investissements dans la recherche et le développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins pour éviter et prendre en charge la tuberculose. L'OMS, quant à elle, est appelée à fournir un appui technique pour l'élaboration et l'application de plans de riposte à la tuberculose. Elle est également invitée à aider les organismes nationaux de réglementation à adopter des normes internationales et à permettre aux laboratoires pharmaceutiques de fabriquer des produits de qualité suffisante pour être vendus sur les marchés internationaux.

– **Mucoviscidose - dépistage néonatal - évaluation - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Rapport de la HAS intitulé : « *Le dépistage néonatal systématique de la mucoviscidose en France : état des lieux et perspectives après 5 ans de fonctionnement* ». Cinq ans après la mise en œuvre effective du dépistage néonatal de la mucoviscidose en France, la HAS évalue la qualité de ce dépistage en identifiant ses points forts et ses voies d'amélioration. Ainsi, le rapport démontre que les principes, l'organisation et la pratique quotidienne du dépistage néonatal systématique permettent d'identifier rapidement les enfants malades avec une sensibilité de 96,45 %. Le dépistage de la mucoviscidose semble s'être correctement intégré dans le programme plus général du dépistage néonatal.

– **Obésité - comportement alimentaire - chirurgie - Haute autorité de santé (HAS)** (www.has-sante.fr) :

Recommandations de la HAS portant sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte. Ces recommandations ont été prises dans le but d'améliorer l'efficacité à long terme de la chirurgie de l'obésité et de réduire la survenue de complications. Ainsi, elle préconise d'informer le patient, notamment des différentes techniques chirurgicales et de la nécessité de modifier son comportement alimentaire. Elle recommande d'évaluer et de prendre en charge le patient avant l'intervention. Elle souligne également que la décision d'intervention soit prise à l'issue d'une discussion et d'une concertation de l'équipe pluridisciplinaire et d'assurer le suivi du patient et sa prise en charge après l'intervention et la vie durant. Enfin, la HAS recommande de réaliser une réintervention en cas d'échec de la première chirurgie.

– **Santé publique - crise - gestion** (Les tribunes de la santé - Sève, Printemps 2009, n° 22) :

La revue trimestrielle Les tribunes de la santé - Sève publie un dossier thématique intitulé : « *Les crises de la santé* » comportant les articles suivants :

- « *Crises et réformes* », D. Tabuteau ;
- « *Le contrôle des grandes crises économiques* », P. Bourdelais ;
- « *Gestion d'une crise sanitaire : l'exemple du chikungunya* » A. Flahaut ;
- « *La crise de la médecine générale* », M. Winckler ;
- « *L'hôpital en crise* », C. Evin ;
- « *L'assurance maladie : sortie de crise* », F. Van Roekeghem ;
- « *Le vieillissement, crise du système de santé* », J. Ménard ;
- « *La génétique, scénario pour une crise* », A. Kahn ;
- « *La crise de confiance dans le système de santé* », C. Saout.

– **Profil nutritionnel - denrée alimentaire** (www.senat.fr) :

Proposition de résolution du Sénat au nom de la commission des Affaires européennes sur le projet de règlement tendant à fixer les « profils nutritionnels » pour les denrées alimentaires.

– **Saturnisme - bien donné à bail - diagnostic technique - constat de risque d'exposition au plomb (CREP)** (www.assemblee-nationale.fr) :

[Réponse ministérielle n° 30151](#) du ministre du logement et de la ville du 27 janvier 2009 sur le contrat risque d'exposition au plomb. Depuis le 12 août 2008, tout propriétaire souhaitant louer un logement construit avant 1949 est tenu de produire un CREP lors de la signature du contrat de location afin d'informer le futur occupant de l'éventuelle présence de peintures contenant du plomb. Lorsque ce constat révèle la présence de revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures au seuil défini par arrêté, le propriétaire est tenu d'effectuer des travaux pour supprimer le risque d'exposition et garantir la sécurité des occupants. La lutte contre l'habitat indigne contribue aussi à lutter contre le saturnisme.

– **Tabac - consommation - exposition** (www.europa.fr) :

[Rapport](#) de la Commission européenne intitulé : « *Survey on Tobacco* ». Ce rapport démontre que le tabac représente la cause de mort la plus évitable. En effet, un demi-million de personnes meurent chaque année dans l'Union européenne des effets du tabac. Afin de contrer ce fléau, l'union a mis en place des mesures visant à établir une Europe sans tabac. Dans ce rapport, ont notamment été analysées les habitudes de consommation du tabac, l'exposition au tabac au travail et à domicile ainsi que les restrictions mises en place quant à la consommation de tabac dans les lieux de travail.

2. Bioéthique et droits des usagers du système de santé

Jurisprudence :

– **Grossesse - malformation utérine - médicament - risque - responsabilité - article 1382 du Code civil** (Cass. civ. 1^{ère}, 19 mars 2009, n° [07-21681](#)) :

En l'espèce, Mme X., souffrant d'une malformation utérine qu'elle imputait à la prise de diethylstilbestrol (DES) par sa mère, pendant sa grossesse, a assigné en responsabilité les sociétés Y et Z fabricantes du DES. Considérant que « *celui qui par sa faute crée un risque pour la santé humaine doit répondre des dommages qui apparaissent comme la réalisation normale et prévisible du risque ainsi créé* » et qu'en l'espèce « *Mme X. soutenait que les laboratoires avaient manqué à leur obligation de vigilance en ne procédant pas à une surveillance des risques pesant sur les enfants par l'administration à leur mère du DES, lesquels risques étaient identifiés depuis les années cinquante, soit antérieurement à sa naissance, et qu'elle souffrait d'une malformation symptomatique d'une exposition au DES* »,

la Cour de cassation en conclut « *que les laboratoires engageaient leur responsabilité par la création fautive d'un risque à laquelle elle avait été exposée et dont les dommages qu'elle subissait apparaissaient comme étant la réalisation évidente* ». La Cour de cassation estime que la cour d'appel a violé l'article 1382 du Code civil « *en se bornant [...] à affirmer qu'il [...] appartenait [à Mme X] de prouver son exposition au DES durant la grossesse de sa mère* ».

– **Droit à la vie - soins médicaux - article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme** (CEDH, aff. Horoz c/Turquie, Section II, 31 mars 2009, [n° 1639/03](#)) :

En l'espèce, M. X., placé en détention provisoire, a participé lors de son incarcération à un mouvement de grève de la faim. Suite à des pertes de connaissance, il a été hospitalisé à plusieurs reprises en juin et juillet 2001. L'Institut médico-légal a diagnostiqué « *une défaillance terminale due à une insuffisance nutritionnelle* » et recommandé la libération de M. X. pour six mois car son état de santé était incompatible avec les conditions carcérales. Le 1^{er} août 2001, la cour de sûreté de l'État d'Ankara rejette la demande de libération aux motifs que la libération provisoire pour raison de santé prévue par le code de procédure pénale était prévue pour les « *condamnés* », et non pour les personnes en « *détention provisoire* » et que son traitement pouvait être assuré dans l'unité carcérale d'un hôpital civil. M. X. décède le 3 août 2001. La CEDH estime qu'en l'espèce « *les autorités ont largement satisfait à leur obligation de protéger l'intégrité physique de l'intéressé, notamment par l'administration de soins médicaux appropriés, et qu'elles ne peuvent pas être critiquées pour avoir accepté le refus clair de M. X. de toute intervention, alors que son état de santé menaçait sa vie* ». Considérant qu'il est impossible d'établir un lien de causalité entre le refus de libération par la cour de sûreté de l'État et le décès du détenu, la Cour conclut à la non-violation de l'article 2 de la Convention.

– **Droit à la vie - négligence médicale - décès - responsabilité - obligation positive de l'Etat - article 2 de la Convention européenne des Droits de l'Homme** (CEDH, aff. Silih c/Slovénie, Grande Chambre, 9 avril 2009, [n° 71463/01](#),) :

En l'espèce, M.X. est décédé à l'hôpital, le 19 mai 1993, après un choc anaphylactique causé par une réaction allergique à l'un des médicaments administré par un médecin de garde. Les parents du défunt ont déposé plainte contre le médecin. Celle-ci étant rejetée pour absence de preuves suffisantes, ils saisissent alors la CEDH, et se plaignent notamment de l'inefficacité du système judiciaire slovène, qui, selon eux, n'avait pas permis d'établir les responsabilités quant au décès de leur fils. La CEDH estime « *qu'il n'est pas contesté entre les parties que la santé de M.X. avait commencé à se dégrader nettement à l'hôpital et que le décès du jeune homme pu être lié au traitement médical qui lui avait été administré. Les requérants ayant allégué que le décès était dû à une négligence médicale, l'Etat avait le devoir, pour satisfaire à ses obligations découlant de l'article 2, de veiller à disposer d'un système judiciaire efficace et indépendant capable d'établir la cause du décès et d'obliger les responsables à répondre de leurs actes* ».

Considérant en outre que « *la durée excessive de la procédure pénale, en particulier de l'instruction, ne s'explique ni par le comportement des requérants ni par la complexité de l'affaire* », la Cour conclut que les autorités nationales n'ont pas traité la plainte des requérants liée au décès de leur fils avec le niveau de diligence requis par l'article 2.

– **Détention - hépatite C - soins médicaux - obligation positive de l'Etat - article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme (CEDH, aff. Ghavatadze c/Géorgie, section II, 3 mars 2009, [n°23204/07](#)) :**

En l'espèce, M.X., détenu dans un établissement pénitentiaire de Géorgie, se plaint d'avoir contracté différentes maladies en prison dont l'hépatite virale C et de la fragilisation de son état de santé due au défaut de soins médicaux. Bien que la Cour n'estime pas établi que le requérant fut exposé à ce virus pour la première fois en détention, elle remarque toutefois qu'en l'espèce, il n'a été hospitalisé que lorsque ses symptômes ont atteint leur paroxysme. Par ailleurs, la Cour estime que compte tenu de l'état de santé du détenu, l'interruption de son hospitalisation à deux reprises, et donc celle de soins, n'était pas justifiée. Considérant que « *les autorités géorgiennes ont manqué à leur obligation de protéger la santé du requérant en détention et de lui dispenser les soins adéquats pour soigner son hépatite virale C et sa pleurésie tuberculeuse* », la Cour conclut à l'unanimité à la violation de l'article 3 de la Convention.

Doctrine :

– **Accident médical - réparation - Office National d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) - préjudice moral - préjudice d'accompagnement (Note sous C.A. Paris, 23 janvier 2009, Gaz. Pal., 25, 26 mars 2009, p. 17) :**

Note de J.-G. M. sous l'arrêt de la Cour d'appel du 23 janvier 2009. En l'espèce, le 14 mai 2002, un pédiatre prescrit à un mineur un antibiotique visant à prévenir l'apparition d'une otite. Peu de temps après, l'enfant perd connaissance et est hospitalisé en vue d'une greffe de foie. Suite au décès de l'enfant, le 21 juin, à cause d'une insuffisance hépatique aiguë profonde avec encéphalopathie sévère, les parents assignent en responsabilité le pédiatre, lui reprochant en premier lieu d'avoir prescrit cet antibiotique alors même qu'il était indiqué pour le traitement des otites et que l'enfant n'en présentait pas et, en second lieu, de ne pas avoir diagnostiqué l'affection dont il souffrait. En outre, ils ont assigné l'ONIAM aux fins d'obtenir une indemnisation au titre de la solidarité nationale. Les juges de premier ressort ont rejeté la demande des époux au motif que le praticien n'avait pas commis de faute de prescription et que le décès de l'enfant était imputable à un accident thérapeutique dont la réparation pouvait être prise en charge à hauteur de 95% par l'ONIAM. Par ailleurs, ils ont retenu que le médecin avait commis une erreur fautive de diagnostic ayant fait perdre à l'enfant une chance de survie à proportion de 5%. Les époux interjettent appel de ce jugement et demandent à ce que leur préjudice moral soit réévalué. La Cour d'appel de Paris alloue 30 000 euros pour chacun des parents et 15

000 euros à chaque frère et sœur du défunt. En outre, en application de l'article 554 du Code de procédure civile, il leur est alloué 10 000 euros au titre du *pretium doloris*, en leur qualité d'héritier pour les souffrances subies par leur fils avant son décès. Cependant, la Cour les déboute de leur demande de préjudice d'accompagnement, estimant que « *l'existence d'un préjudice d'accompagnement distinct du préjudice d'affection n'est pas caractérisée dès lors que l'enfant est décédé très brutalement en quelques jours* ». Selon l'auteur, « *en assumant désormais la réparation des accidents médicaux sans faute prouvée, les réclamations explosent. Depuis 2003, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation ont été saisies de près de 20 000 recours donnant lieu à 500 millions d'euros de dédommagement* ».

– **Recherche biomédicale – consentement – absence – condamnation – article 223-8 du Code pénal** (Note sous Cass. Crim., 24 février 2009, n° [08-84436](#), J.C.P., n° 14, 1^{er} avril 2009) :

Article de M.-H. Desfour intitulé : « *Condamnation pour recherche biomédicale non consentie* ». L'auteur précise que cet arrêt constitue le « *premier contrôle de la Cour de cassation sur la mise en œuvre de l'article 223-8 du Code pénal qui incrimine la pratique d'une recherche biomédicale sans avoir recueilli le consentement libre, éclairé et express de l'intéressé* ». En l'espèce, la Cour de cassation considère que « *le fait de recueillir oralement, et non par écrit, le consentement libre, éclairé et exprès de la personne sur laquelle une recherche biomédicale est pratiquée* » n'est pas pénalement sanctionné, cependant elle approuve la décision de la Cour d'appel ayant retenu que le médecin « *a entrepris la recherche biomédicale sur [le patient] alors que celui-ci [...] était très affaibli et manifestement dans l'impossibilité de donner un consentement libre, éclairé et express* ». L'auteur souligne que ce premier arrêt en la matière « *met en évidence cette absence quasi-totale de contentieux et nous conduit donc à nous interroger sur l'efficacité et l'effectivité de la protection pénale offerte à l'individu par ce dispositif* ».

– **Droits des malades – obligation d'information – Assistance publique des hôpitaux de Marseille (APHM)** (Note sous C.E., 6 août 2008, n° [301012](#)) (J.C.P. Administrations et collectivités territoriales, n° 15, p. 2083) :

Note de S. Renard intitulée : « *Droits des malades - obligation d'information* ». En l'espèce, M. X, qui souffrait de troubles de l'équilibre s'aggravant progressivement en raison d'une tumeur cavernome intra-médullaire, a subi, le 14 octobre 1996, une ablation de cette tumeur. A l'issue de cette opération, il est devenu paraplégique. Attribuant cette affection à l'opération subie, M. X a recherché la responsabilité de l'établissement hospitalier. L'APHM a été reconnue responsable du préjudice subi par M. X et condamnée à indemniser la victime. L'APHM, ayant formé un pourvoi contre cet arrêt, voit sa requête rejetée par le Conseil d'Etat qui a considéré « *que lorsque l'acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions qui permettent de recueillir son consentement éclairé ; que si cette information n'est pas requise en cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, la seule*

circonstance que les risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les praticiens de leur obligation ». Selon l'auteur, même si le Conseil d'Etat « ne va pas jusqu'à poser un nouveau principe général ouvrant à tout patient mal informé un droit à indemnisation tiré du préjudice moral, [...] il considère que le défaut d'information a fait perdre à la victime une chance de se soustraire au dommage en choisissant de renoncer à l'opération ». Aussi, « il s'agit là d'une avancée discrète mais essentielle dans l'affirmation de l'autonomie du patient majeur et capable qui, pour être pleinement effective, suppose que l'on admette que le défaut d'information est, par principe, de nature à vicier le consentement aux soins ».

– **Secret professionnel - données - partage** (Les annonces de la Seine n° 23, 2 avril 2009, p. 2) :

Article de Ch. de Beaurepaire intitulé : « *Secret professionnel : un (im)possible partage ? L'expérience d'une consultation médico-psychologique à vocation médico-légale* ». Selon l'auteur, le partenariat est nécessaire dans de nombreux domaines, dont ceux de l'action sociale, de l'éducation ou encore de la santé. Dans ce domaine particulièrement, « *l'évolution des pratiques, la continuité des soins, la complexité des procédures, des techniques, des instances, des décisions collégiales etc., s'avère incompatible avec l'intangibilité du secret professionnel et peut parfois interdire une démarche ou un projet favorable au patient* ». Dès lors, l'auteur plaide « *en faveur d'un partage d'informations dans un cadre déontologique strict* ». Il considère que « *cet échange est rendu nécessaire en raison de ce qui fonde, justifie et oriente un dispositif fonctionnel pluridisciplinaire* ».

– **Cendre - crémation - [loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008](#)** (Droit de la famille, n° 3, mars 2009, p. 15) :

Article de I. Corpart intitulé : « *Pour un nouvel ordre public funéraire : variations autour de la loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008* ». L'auteur souligne l'obligation édictée par la loi de respecter les cendres funéraires afin de « *renforcer la protection due au corps humain et à la dépouille mortelle* » ou encore l'obligation pour les entreprises de pompes funèbres d'être habilitées pour organiser les funérailles.

– **Gestation pour autrui - jugement étranger - acte étranger - autorité des jugements non revêtus de l'exequatur** (Conclusions, C.A. Paris 26 février 2009) (Gaz. Pal. 3, 4 avril 2009, p. 21) :

Conclusions de F. Rouchereau, avocat général, sous l'arrêt de la Cour d'appel de Paris du 26 février 2009 statuant sur renvoi après cassation le 17 décembre 2008. En l'espèce, l'acte de naissance d'un enfant né par gestation pour autrui aux Etats-Unis a été transcrit sur les registres français par les autorités compétentes du Minnesota, suite aux jugements d'abandon et d'adoption prononcés par la Cour du district de Beltrami (Minnesota). L'opposabilité de ces jugements est contestée par le ministère public français. Sur la recevabilité de l'action du ministère public, l'avocat général

fait valoir qu'il est recevable à agir en raison de la suspicion de mère porteuse et du doute existant quant à la régularité de l'adoption. Sur la contestation de l'opposabilité des jugements américains du 4 juin 2001 par le ministère public, l'avocat général considère que le ministère public est recevable à utiliser la contestation de l'opposabilité en France du jugement étranger au soutien de sa prétention « *dans la mesure où celle-ci tend aux mêmes fins que sa demande originaires, à savoir l'annulation de la filiation de l'enfant à l'égard de Mme X.* ». L'avocat général se prononce également sur l'annulation de la transcription de l'acte de naissance ainsi que sur l'intérêt supérieur de l'enfant. Ainsi, il rappelle que la prohibition des maternités de substitution constitue une valeur fondamentale de la société française, ne pouvant être remise en question par des jugements étrangers.

– **Médecin - équipe hospitalière - isolement d'un détenu - service public pénitentiaire - secret médical - Unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) - Service médico-psychiatrique régional (SMPR)** (Note sous C.E. 31 octobre 2008, [n° 293785](#)) (JCP Administration et Collectivités territoriales, avril 2009, p. 2083) :

Note de H. Muscat portant sur les personnels médicaux hospitaliers. Dans une décision du 31 octobre 2008, le Conseil d'Etat a précisé un point important concernant la confidentialité des avis rendus par les équipes hospitalières intervenant dans les USCA ou les SMPR lorsqu'est envisagé le maintien en isolement d'un détenu au-delà d'un an pour une durée de quatre mois renouvelable. En effet, selon l'arrêt, bien que le patient soit également usager du service public pénitentiaire, le secret médical de cette consultation doit demeurer intact. L'auteur soulève la nécessité d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les difficultés liées à la pratique de la médecine en milieu carcéral.

– **Préjudice corporel - principe d'indemnisation poste par poste - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP)** (Note sous C.E., 8 août 2008, [n° 272033](#)) (JCP Administrations et Collectivités territoriales n° 15, avril 2009, p. 2083) :

Article de S. Péchillon portant sur l'indemnisation du préjudice corporel et l'indemnisation poste par poste. Dans un arrêt du 8 août 2008, le Conseil d'Etat censure partiellement les décisions rendues par les juges du fond qui condamnaient l'APHP à réparer auprès de la CPAM et des parents d'un jeune homme les conséquences dommageables résultant d'un traitement inapproprié. L'APHP forme un pourvoi contre l'arrêt d'appel afin de contester l'indemnisation du préjudice. Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi et relève que « *le juge saisi d'un recours de la victime d'un dommage corporel et d'un recours subrogatoire d'un organisme de sécurité sociale doit, pour chacun des postes de préjudices patrimoniaux et personnels, déterminer le montant du préjudice en précisant la part qui a été réparée par des prestations de sécurité sociale et celle qui est demeurée à la charge de la victime* ». L'auteur constate la mise en œuvre de la réforme de 2006 relative aux nouveaux principes d'indemnisation poste par poste

par le Conseil d'Etat, qui une fois les règles énoncées, explique la méthode à suivre pour parvenir à déterminer les parts d'indemnisation respective des victimes et de la CPAM.

– **Hospitalisation d'office - rétention de sûreté - milieu hospitalier - [loi n° 2008-174 du 25 février 2008](#)** (Gaz. Pal., avril 2008, p. 9) :

Article de S. de Benalcàzar intitulé : « *L'hospitalisation d'office prononcée par un juge, regards critiques sur la loi du 25 février 2008* ». L'auteur revient sur les modalités d'application de la loi du 25 février 2008 mettant en place la rétention de sûreté, afin d'en mesurer les conséquences dans les milieux hospitaliers. Le présent article prend pour examen un aspect particulier de cette loi qui, dans les milieux hospitaliers est dorénavant connue par l'expression « *hospitalisation d'office judiciaire* » par opposition à l'hospitalisation d'office par arrêté préfectoral, en analysant notamment le rôle du juge dans cette hospitalisation ainsi que les incertitudes pesant sur le régime à mettre en œuvre.

Divers :

– **Droits des patients - soin transfrontalier - rapport (www.senat.fr) :**

[Rapport n° 302](#) de J. Le Menn, fait au nom de la commission des affaires sociales, concernant la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Après avoir souligné que la proposition de directive présente des dispositions la rendant inacceptable en l'état, l'auteur demande notamment « *que les Etats membres conservent les droits, sans se rendre légalement coupables de discrimination, d'accorder une priorité d'accès aux affiliés de leur régime de sécurité sociale pour les soins rares faisant l'objet d'une liste d'attente au niveau national* ». Il juge de même « *inapplicable l'obligation faite aux Etats membres d'informer précisément leurs ressortissants sur le système de soins de tous les autres Etats membres* » et estime « *que cette obligation doit se limiter aux droits des patients de recourir à des soins transfrontaliers* ». Il observe enfin « *que le principe général de non-discrimination posé en matière de procédures administratives concernant l'accès aux soins dans un autre Etat membre pourrait contraindre un Etat membre à rembourser ses ressortissants des soins auxquels ceux-ci n'auraient pas eu droit sur le territoire national, notamment dans le domaine de la procréation médicalement assistée [...]* ».

3. Professionnels de santé

Législation :

Législation européenne :

– **Professionnel de santé – qualification professionnelle – reconnaissance – directive n° 2005/36/CE** (J.O.U.E. du 6 avril 2009) :

Règlement CE n° 279/2009 de la Commission du 6 avril 2009 modifiant l'annexe II de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles des professionnels de santé.

Législation interne :

– **Langue française – maîtrise – connaissance – épreuve de vérification – articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du Code de la santé publique – 2009** (J.O. du 15 avril 2009) :

Arrêté du 31 mars 2009 pris par la ministre de la santé et des sports portant ouverture des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du Code de la santé publique, session 2009.

– **Cabinet dentaire – convention collective nationale – extension** (J.O. du 11 avril 2009) :

Arrêté du 6 avril 2009 pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la solidarité et de la ville portant extension d'un accord conclu dans le cadre de la convention collective nationale des cabinets dentaires (n° 1619) rendant obligatoires les dispositions de l'accord du 5 décembre 2008 sur la prime de secrétariat.

– **Masseur-kinésithérapeute – rééducateur – information – consommateur – honoraire – médecin libéral – arrêté du 11 juin 1996 – arrêté du 27 novembre 1995** (J.O. du 8 avril 2009) :

Arrêté du 23 mars 2009 pris par le secrétaire d'état à l'industrie et à la consommation portant abrogation de l'arrêté du 27 novembre 1995 relatif à l'information du consommateur sur les tarifs pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs et des articles 1^{er} et 3 de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux.

– **Pharmacien – titulaire d'officine – chiffre d'affaire – assistance** (J.O. du 4 avril 2009) :

[Arrêté du 23 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires. Il leur est en effet imposé de recourir à un ou plusieurs assistants afin de pouvoir répondre de manière appropriée aux besoins des clients, dès lors que leur chiffre d'affaires annuel, hors taxe sur la valeur ajoutée, est compris entre 1 270 000 et 2 540 000 euros.

– **Médecin des armées – concours sur titre – praticien certifié – qualification hospitalière** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Arrêté du 18 mars 2009](#) pris par le ministre de la défense fixant les conditions d'attribution et le nombre des niveaux de qualification hospitalière de praticien certifié offerts par concours sur titres pour l'année 2009 aux officiers sous contrat servant en qualité de médecin des armées.

– **Concours national de praticien des établissements publics de santé – pièce justificative – articles [R. 6152-6](#) et [R. 6152-206](#) du Code de la santé publique** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Arrêté du 24 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant la liste des pièces justificatives prévue au dernier alinéa des articles R. 6152-6 et R. 6152-206 du Code de la santé publique. Sont listées dans ce texte les pièces justificatives que doivent présenter les candidats inscrits sur l'une des listes d'aptitude au concours national de praticien des établissements publics de santé.

– **Radiophysique médicale – personne spécialisée – formation – mission – condition – [arrêté du 19 novembre 2004](#)** (J.O. du 1^{er} avril 2009) :

[Arrêté du 18 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant l'arrêté du 19 novembre 2004 relatif à la formation, aux missions et aux conditions d'intervention de la personne spécialisée en radiophysique médicale.

– **Etudiant – école et institut de formation – profession paramédicale – sage-femme – article [L. 4151-9](#), [L. 4244-1](#) et [L. 4383-5](#) du Code de la santé publique – [arrêté du 17 août 2006](#) – Corse** (J.O. du 1^{er} avril 2009) :

[Arrêté du 24 mars 2009](#) pris par la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique abrogeant l'arrêté du 17 août 2006 et constatant le montant du droit à compensation résultant pour les régions et la collectivité territoriale de Corse du transfert du fonctionnement des écoles et instituts de formation des professions paramédicales et de sages-femmes en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du Code de la santé publique.

– **Inspecteur de l’action sanitaire et sociale – concours interne – recrutement – formation – deuxième épreuve écrite d’admissibilité – année 2009** (J.O. du 1^{er} avril 2009) :

[Arrêté du 27 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports fixant une nouvelle date pour l'organisation de la deuxième épreuve écrite d'admissibilité du concours interne pour le recrutement d'inspecteurs de l'action sanitaire et sociale organisée au titre de l'année 2009.

– **Etudiant – école et institut de formation – profession paramédicale – sage-femme – article L. 4151-8 et L. 4383-4 du Code de la santé publique – arrêté du 6 avril 2006 – Corse** (J.O. du 1^{er} avril 2009) :

[Arrêté du 24 mars 2009](#) pris par la ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique abrogeant l'arrêté du 6 avril 2006 constatant le montant du droit à compensation résultant pour les régions et la collectivité territoriale de Corse du transfert des aides aux étudiants des écoles et instituts de formation des professions paramédicales et de sages-femmes en application des articles L. 4151-8 et L. 4383-4 du Code de la santé publique.

– **Concours professionnel – recrutement – cadre supérieur** (J.O. des 3 et 4 avril 2009) :

Avis [n° 100](#), [n° 101](#) et [n° 105](#) du 3 avril 2009, [n°66](#) et [n° 67](#) du 4 avril 2009 pris par la ministre de la santé et des sports relatifs au concours professionnel sur titres pour le recrutement de cadres supérieurs de santé.

– **Praticien – hôpital – poste prioritaire – plein temps** (J.O. du 10 avril 2009) :

[Liste](#) des postes prioritaires occupés par des praticiens des hôpitaux à plein temps.

Jurisprudence :

– **Officine de pharmacie – transfert – approvisionnements de la population – article L. 5125-3 du Code de la santé publique – articles 6 et 13 de la Convention Européenne des Droits de l’Homme** (C.A.A. Nancy, 23 mars 2009, [n° 06NC01018](#)) :

En l’espèce, Mme X propriétaire d’une officine de pharmacie, requiert le transfert de celle-ci dans un centre commercial. Elle soutient que son officine située dans un

ancien centre commercial réduit à l'état de friche industrielle, privé de tout dispositif de gardiennage et de sécurité ainsi que de toute possibilité d'agrandir les locaux, ne permet plus de répondre de manière optimale aux besoins de la population. Le Conseil d'Etat retient tout d'abord, en application de l'article L. 5125-3 du Code de la santé publique, qu' « *il ne ressort, toutefois, pas des pièces du dossier que le transfert de cette officine dans un centre commercial situé à l'extérieur du bourg, à 570 m des habitations les plus proches, d'un accès difficile pour les piétons en dépit des travaux entrepris par la commune et de quelques transports en commun, assure un meilleur approvisionnement en médicaments des communes [...] qui sont desservies par l'officine de la requérante* ». La Haute juridiction retient ensuite « *que Mme X ne peut invoquer utilement les stipulations des articles 6 et 13 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de l'article 1er de son protocole additionnel, l'arrêté refusant le transfert de l'officine n'interdisant pas à la requérante d'exploiter son officine et ne portant aucune atteinte à ses biens* », et rejette la demande de Mme X.

Doctrine :

– **Praticien hospitalier - statut - établissement de santé - régime juridique - décret du 5 octobre 2006 - ordonnance de 2 mai 2005** (Note sous C.E. 3 septembre 2008, [n° 299412](#), n° 299418, n° 300400 et n° 304417) (JCP Administration et Collectivités territoriales, avril 2009, p. 2083) :

Note de E. Péchillon portant sur le statut des praticiens hospitaliers. Dans un arrêt du Conseil d'Etat du 3 septembre 2008, la Confédération des praticiens des hôpitaux invoquait la violation de nombreuses règles de fond tels que les principes de non rétroactivité et de respect des droits de la défense, dans la mise en œuvre de nouvelles règles statutaires. En effet, de nouvelles procédures ont été adoptées par le décret du 5 octobre 2006 et ont pour objet d'adapter la gestion des emplois médicaux hospitaliers à la récente organisation médicale hospitalière opérée par l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. La violation de ces nombreuses règles de fond invoquée par les requérants a été écartée par le Conseil d'Etat qui rejette la requête. L'auteur revient sur les termes employés par le Conseil d'Etat qui sans accueillir la demande des requérants propose des définitions de « *l'interprétation de l'exigence de clarté et d'intelligibilité de la règle de droit* » ainsi que du « *principe général en droit d'indépendance du médecin dans l'exercice de son art* ».

– **Dentiste - stomatologue - art dentaire - exercice illégal de la médecine - complicité** (Note sous Cass. crim., 13 décembre 2008, [n° 08-80453](#)) (Droit pénal, mars 2009, comm. 33) :

Note de J.- H. Robert intitulée : « *Ne confondez pas un stomatologue et un arracheur de dents* ». Dans un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 13 décembre 2008 une dentiste diplômée de l'Université d'Alger fut condamnée pour

avoir pratiqué dans le cabinet de son mari des détartrages prescrits par ce dernier, « *médecin stomatologue* » dûment diplômé, également condamné pour complicité. L'auteur revient sur les définitions des professions de stomatologue et de dentiste ainsi que sur les distinctions à opérer entre les actes d'art dentaire et d'hygiène buccale. Aussi, il soutient que la décision des juges suit la tendance générale en jurisprudence « *très protectrice des monopoles professionnels* » et précise que « *dans le vif conflit qui oppose les dentistes et les prothésistes, elle donne toujours raison au premiers dès que l'acte de qualification duquel il s'agit met le praticien en contact avec le patient* ».

– **Professionnel de santé - médecin - honoraire - obligation d'affichage - [décret n° 2009-152 du 10 février 2009](#)** (Lamy Droit des affaires, mars 2009, p. 10) :

Note anonyme intitulée « *Obligation d'affichage d'honoraires pour les professionnels de santé* ». Cet article présente les modalités du décret n° 2009-152 du 10 février 2009 qui étend à tous les professionnels de santé l'obligation d'afficher leurs honoraires. En effet, jusqu'ici, cette obligation était uniquement prévue pour les médecins et les kinésithérapeutes. Désormais, l'ensemble des professionnels de santé qui reçoivent des patients sont tenus d'afficher de « *manière visible et lisible, dans la salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, les tarifs et honoraires ou fourchettes des tarifs et honoraires qu'ils pratiquent ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie [...]* ».

– **Médecine libérale - système de santé - évolution - officier de santé** (Droit social avril 2009, p. 383) :

Article de D. Tabuteau intitulé : « *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary* ». « *A l'heure d'une réforme annoncée du système de santé, [...] et au moment où la crise financière déculpe les risques d'implosion de l'assurance maladie* », l'auteur revient sur les relations entre le corps médical et les pouvoirs publics. Qualifiant leurs rapports de « *malentendu historique* », il retrace l'histoire de l'exercice de la médecine en France à travers l'étude du « *traumatisme* » vécu par les docteurs en médecine lors de l'invention des officiers de santé par les pouvoirs publics, et de « *l'isolonnisme identitaire* » dont ils ont fait l'objet. Toutefois, l'auteur retient que les tensions actuelles du système de santé pourraient conduire au « *nécessaire aggiornamento* » de la médecine de ville.

– **Agent contractuel - établissement hospitalier - prime de service - [arrêté du 24 mars 1967](#)** (Note sous C.E. 23 mars 2009, [n° 312446](#)) (A.J.D.A, avril 2009, p. 624) :

Note de M.-C. de Montecler intitulé : « *Les agents contractuels des établissements hospitaliers n'ont pas droit à la prime de service* ». L'auteur note que dans l'arrêt du 23 mars 2009, le Conseil d'Etat a mis un terme au contentieux relatif à l'attribution de la prime de service aux agents contractuels des établissements hospitaliers. Il explique que certaines juridictions limitaient l'attribution de cette prime aux contractuels

exerçant des fonctions d'agents de service. Le Conseil d'Etat quant à lui n'effectue aucune distinction. En effet, il a jugé que « *l'arrêté du 24 mars 1967 était dès l'origine entaché d'incompétence tant en ce qu'il dispose que les primes de service qu'il instaure sont également applicables aux agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel par les établissements public hospitaliers ; qu'il ne peut dès lors recevoir légalement application* ». L'auteur ajoute que si certaines juridictions avaient limité cette attribution aux contractuels exerçant des fonctions d'agents des services hospitaliers, le Conseil d'Etat quant à lui ne distingue pas entre les non titulaires.

Divers :

– **Incident médical - Institut Ipsos - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)** (www.droit-medecine.com) :

[Rapport](#) de l'Observatoire pour la sécurité des médecins en collaboration avec l'Institut Ipsos et le CNOM portant sur « *Le recensement national des incidents de l'année 2008* ». Bien qu'il soit constaté dans ce rapport une légère diminution du nombre d'incidents médicaux en 2008, il est précisé que ce chiffre reste encore trop important. En effet, 535 incidents ont été recensés, touchant les généralistes comme les spécialistes, bien que ces derniers soient légèrement moins concernés. La Seine-Saint-Denis est le département comptabilisant le plus d'incidents principalement caractérisés par des agressions verbales entre patients et médecins exerçant en cabinet.

– **Médecin - démarche qualité - développement professionnel continu - projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)** (www.ifdqs.org):

[Rapport](#) de l'Institut français de la démarche qualité en santé intitulé : « *Comment motiver les médecins et les faire entrer dans une Démarche Qualité ?* ». Les rédacteurs de ce rapport relèvent la forte démobilisation des praticiens ces dernières années dans le domaine de la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi, ils se disent favorables au concept de développement professionnel continu, inscrits dans le projet de loi HPST. Ils encouragent les professionnels à poursuivre leurs démarches locales ou régionales pour favoriser l'approbation de la démarche qualité et à entreprendre des actions en partenariat avec les patients.

– **Professionnel de santé - statistique - répertoire ADELI (Automatisation des Listes) - Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS)** (www.sante.gouv.fr) :

[Document de travail](#) de la DRESS d'avril 2009 intitulé « *Les professions de santé au 1^{er} janvier 2009* ». Ce document de travail apporte des corrections aux données enregistrées dans le répertoire ADELI qui parfois présente des erreurs manifestes,

des incohérences, ou bien des informations inexploitables. Les statistiques publiées dans ce document portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux inscrits dans Adeli comme étant actifs occupés au 1^{er} janvier 2009 plus précisément ayant déclarés une activité au répertoire ADELI. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Lorsqu'un professionnel a plusieurs activités, c'est l'activité principale qui est retenue pour l'élaboration de ces statistiques.

4. Etablissements de santé

Législation :

Législation interne :

- **Etablissement et service médico-social ou de santé - création - organisation - unité d'enseignement - articles [D. 351-17](#) à [D. 351-20](#) du Code de l'éducation** (J.O. du 8 avril 2009) :

[Arrêté du 2 avril 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministre de la culture et de la pêche, le ministre de l'éducation nationale, la ministre de la santé et des sports et la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité précisant les modalités de création et d'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé pris pour l'application des articles D. 351-17 à D. 351-20 du Code de l'éducation.

Jurisprudence :

- **Centre hospitalier - urgence - faute - responsabilité** (C.E., 30 mars 2009, [n° 304462](#)) :

En l'espèce, une patiente est admise aux urgences d'un centre hospitalier le 20 janvier 1991 pour une intoxication alimentaire. Suite à la suspicion d'un cancer du rein droit, elle subi une néphrectomie le 28 février 1991. Cependant, les examens pratiqués après cette opération démontrent l'absence de toute tumeur. Le Conseil d'Etat souligne d'une part que parmi plusieurs examens tendant à écarter l'hypothèse d'un cancer du rein, l'examen cytologique urinaire est le seul à avoir conclu à l'existence d'une tumeur, or ce diagnostic ne comportait aucune certitude. Il ajoute alors que cet examen aurait du être réitéré au moins à deux reprises. Il indique ensuite « *que pour n'avoir pas procédé aux examens appropriés et nécessaires à la confirmation de l'hypothèse de l'existence d'une tumeur avant de procéder à l'ablation du rein, alors que n'existait aucun*

impératif d'urgence », le centre hospitalier a commis une faute de nature à engager sa responsabilité.

– **Centre hospitalier - information - risque - invalidité temporaire** (C.E., 30 mars 2009, [n° 301082](#)) :

En l'espèce, une patiente subit une intervention le 8 février 2000 consistant en l'ablation de l'utérus ainsi que de l'ovaire droit. Lors de cette intervention, l'uretère droit est sectionné. Suite à cette opération, la patiente devra subir trois interventions consécutives afin que soit réparé ce sectionnement. Le Conseil d'Etat rappelle dans un premier temps le principe selon lequel lorsqu'un acte médical envisagé, même accompli conformément aux règles de l'art, comporte des risques connus de décès ou d'invalidité, le patient doit en être informé dans des conditions permettant de recueillir son consentement éclairé. Puis, il indique que « *le défaut d'information peut ouvrir droit à réparation alors même qu'il portait sur un risque, finalement réalisé, qui a entraîné une invalidité temporaire réparée par une autre intervention* ».

– **Centre hospitalier - faute - perte de chance - indemnisation** (C.E., 3 avril 2009, [n° 308181](#)) :

En l'espèce, une patiente s'enfuit d'un établissement psychiatrique et est retrouvée souffrante d'une embolie pulmonaire. Elle est transférée au service de réanimation d'un centre hospitalier où elle décède des suites d'une hypoxie cérébrale. La Cour administrative d'appel décide qu'en s'abstenant d'administrer à la patiente un traitement à titre préventif dès son transfert, le Centre hospitalier a commis une faute de nature à engager sa responsabilité. Elle le condamne par conséquent à réparer l'intégralité du préjudice résultant directement de la survenance de ce risque. Le Centre hospitalier se pourvoit alors en cassation. Le Conseil d'Etat annule l'arrêt de la Cour administrative d'appel considérant « *qu'en statuant ainsi, sans rechercher si, du fait de la faute commise par le centre hospitalier, Mme C avait perdu une chance d'échapper au risque d'embolie qui s'est réalisé et quelle avait été l'ampleur de la chance ainsi perdue afin de limiter à due proportion l'indemnisation due aux requérants, la cour administrative d'appel de Bordeaux a entaché l'arrêt attaqué d'erreur de droit* ».

– **Centre hospitalier - faute - perte de chance - réparation** (C.E., 25 mars 2009, [n° 313231](#)) :

En l'espèce, un patient subit une intervention le 30 octobre 2000 au cours de laquelle le médecin ne protège pas la suture digestive effectuée par une iléotomie temporaire. La Cour administrative d'appel condamne le centre hospitalier à la réparation de l'entier dommage corporel subi par le patient, considérant que la faute commise par l'hôpital lui a fait perdre une chance de minimiser les conséquences de la fistule digestive apparue par la suite, et d'éviter de subir ultérieurement une iléotomie définitive. Le Conseil d'Etat rappelle ici que dans les cas où la faute

commise dans un établissement de santé a entraîné une perte de chance d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation, le préjudice résultant directement de la faute qui doit être intégralement réparé n'est pas le dommage corporel constaté mais la perte de chance d'éviter que ce dommage soit advenu. Il précise ensuite que « *la réparation qui incombe à l'hôpital doit alors être évaluée à une fraction du dommage corporel déterminée en fonction de l'ampleur de la chance perdue* ». Dès lors, l'arrêt de la Cour administrative d'appel ayant condamné le centre hospitalier à la réparation de l'intégralité du dommage corporel est annulé.

– **Centre hospitalier - examen - faute - préjudice - lien de causalité** (C.E., 25 mars 2009, [n° 289327](#)) :

En l'espèce, un enfant naît avec une lésion du plexus gauche. Les parents imputent cette lésion aux conditions d'accouchement par voie basse le 5 septembre 1996 et saisissent le Tribunal administratif au nom de leur enfant afin d'engager la responsabilité du Centre hospitalier. La Cour administrative d'appel retient que l'échographie prénatale ayant révélé un poids très supérieur à la moyenne de l'enfant à naître, l'équipe médicale aurait dû pratiquer une radiographie du bassin de la mère. Cette abstention non justifiée par l'urgence constitue, pour la Cour administrative d'appel, une faute de nature à engager la responsabilité du centre hospitalier. L'établissement de santé se pourvoit en cassation. Le Conseil d'Etat indique ici que « *la cour ne pouvait juger que l'absence fautive d'une radiographie engageait la responsabilité de l'établissement hospitalier sans rechercher si le préjudice dont il était demandé réparation était en lien direct et certain avec cette faute* ». Dès lors, l'établissement hospitalier ne peut en l'état être déclaré responsable des préjudices subis par l'enfant.

– **Hôpital universitaire - intervention chirurgicale - faute - information - perte de chance** (C.A.A Nancy, 19 mars 2009, [n° 07NC01458](#)) :

En l'espèce, un patient subi une intervention chirurgicale en vue notamment de réaliser une ostéosynthèse par plaques vissées avec mise en place d'un greffon osseux destinée à traiter un syndrome sévère des apnées obstructives du sommeil. Plusieurs complications naissent de cette intervention et le patient est opéré une dernière fois en octobre 2001, suite à des douleurs persistantes, afin d'extraire des séquelles osseux. La Cour administrative d'appel précise, d'une part, que l'intervention ayant été pratiquée conformément aux règles de l'art, et les épisodes infectieux subis par le patient ne procédant pas d'un geste fautif, les hôpitaux universitaires n'ont commis aucune faute médicale. D'autre part, la Cour rappelle le principe selon lequel le défaut d'information, s'il est fautif, n'engage la responsabilité de l'hôpital que dans la mesure où il prive le patient de la possibilité de se soustraire au risque lié à l'intervention. En l'espèce, elle relève que le syndrome dont souffrait le patient supposait nécessairement un traitement et qu'il n'existait pas d'autres alternatives moins risquées que l'intervention chirurgicale effectuée. La Cour souligne donc que le défaut d'information n'a pas entraîné, dans les circonstances de

l'espèce, de perte de chance pour le patient. Les hôpitaux universitaires ne peuvent donc voir leur responsabilité engagée.

– **Centre hospitalier - examen - retard - diagnostic - faute** (C.E., 3 avril 2009, [n° 305212](#)) :

En l'espèce, une patiente est admise dans un centre hospitalier le 3 octobre 1999 après un accident de la circulation. Des examens neurologiques et radiographiques sont alors pratiqués, dont les résultats sont jugés normaux. Le lendemain, la patiente présente les symptômes d'une tétraplégie sensitivo-motrice. Des examens ultérieurs démontrent que la patiente présentait une luxation des vertèbres cervicales et malgré une intervention chirurgicale, elle demeure atteinte de graves infirmités. Le Conseil d'Etat indique que l'infirmité de la patiente est uniquement liée au retard fautif de diagnostic par aggravation neurologique secondaire. Par ailleurs, il précise qu'un diagnostic plus précoce aurait « *de façon certaine* » permis d'éviter le dommage. Dès lors, la responsabilité pour faute du centre hospitalier peut être engagée.

– **Centre hospitalier - faute - perte de chance - réparation** (C.E., 3 avril 2009, [n° 301663](#)) :

En l'espèce, un patient est admis dans un centre hospitalier le 20 mai 1994 pour des blessures liées à l'utilisation d'un motoculteur. Ce patient reproche au Centre hospitalier de n'avoir pas effectué une exploration artérielle et par conséquent de n'avoir pas correctement diagnostiqué la survenue d'une ischémie aigüe, « *ce qui aurait permis de mettre immédiatement en œuvre une restauration artérielle* ». Par ailleurs, il considère que le Centre a commis une négligence grave dans la surveillance post-opératoire du patient qui a dû être transféré dans un autre Centre afin que lui soit réalisé un pontage, lequel n'a pas empêché l'amputation de la jambe. Le Conseil d'Etat souligne qu'il n'est pas certain que la réalisation de ce pontage plus tôt aurait permis d'effectuer avec succès la restauration artérielle. Dès lors, il indique que le retard imputable au premier centre hospitalier a fait perdre une chance au patient d'éviter une amputation ou à défaut d'en limiter l'importance. Enfin, le Conseil d'Etat rappelle que dans les cas où la faute de l'établissement de santé s'analyse en une perte de chance de la victime, la « *réparation qui incombe à l'établissement doit être évaluée à une fraction du dommage en fonction de l'ampleur de la chance perdue* ».

– **Centre hospitalier - faute - perte de chance - réparation - préjudice de l'enfant - préjudice des parents** (C.E., 3 avril 2009, [n° 306777](#)) :

En l'espèce, un enfant est reçu en consultation le 3 février 1996, son état résistant « *depuis quatre jours au drainage et aux antibiotiques prescrits selon le diagnostic initial d'infection à type d'otite microbienne* ». Postérieurement, le diagnostic de méningite à pneumocoque est posé. Les parents de l'enfant saisissent le tribunal administratif en réparation des préjudices subis par leur enfant et par eux-mêmes. Le Conseil d'Etat

souligne que la responsabilité du centre hospitalier peut être engagée pour retard fautif de diagnostic ayant compromis les chances de rétablissement de l'enfant. Cependant il rappelle par la suite le principe selon lequel lorsque la faute de l'établissement de santé engendre une perte de chance, l'indemnisation due à la victime est calculée en fonction de l'ampleur de la chance perdue. La haute juridiction rajoute enfin qu'en l'espèce, l'arrêt de la Cour administrative d'appel doit être cassé en ce qu'il procède à l'évaluation des préjudices de l'enfant mais aussi celui de ses parents alors que le préjudice doit être calculé en fonction de l'ampleur de la chance perdue par la seule victime. Seule cette dernière peut par conséquent obtenir réparation d'une faute dont le préjudice est lié à sa propre perte de chance.

Doctrine :

– **Etablissement de santé - contrat pluriannuel d'objectif et de moyen - Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) - C.E., 18 juillet 2008 [n° 300304](#) - [décret du 2 novembre 2006](#)** (JCP Administrations et Collectivités territoriales n° 15, avril 2009, p. 2083) :

Article de M.L Moquet-Anger intitulé « *Droit de la santé/Responsabilité. Décision de Juin à Octobre 2008* ». L'auteur souligne notamment l'apport de l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 18 juillet 2008 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Il rappelle que ces contrats sont conclus entre chaque établissement de santé et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour une durée de cinq ans, qu'ils déterminent les orientations stratégiques des établissements et fixent notamment les modalités de leur réalisation. L'auteur conclut son article en précisant : « *autorisations hospitalières, contrats d'objectifs et de moyens, évaluation des pratiques professionnelles sont autant d'instruments qui permettent à l'ARH de contraindre lesdits établissements et leurs personnels médicaux au respect des principes de la planification hospitalière et des impératifs de qualité et de sécurité des soins* ».

– **Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals (PATH) - établissement de santé** (Risques et Qualité, volume VI, n° 1, 2009, p. 41) :

Article de L. Moret, V. Bourcy, S. Tricaud-Vialle, A. Giraud-Rouffest, E. Anthoine, Y. Yordanov, B. Téqui, L. Gerbaud, P. Michel et P. Lombrail intitulé « *Le projet européen PATH* ». Les auteurs présentent les objectifs, l'originalité et les moyens du projet européen PATH, projet visant à mettre à disposition des états membres une méthode permettant à leurs établissements de santé de mesurer les performances de leur secteur de court séjour dans la perspective de les améliorer à travers la mise en œuvre d'un dispositif de comparaison formative. En France, selon les auteurs, l'apport de ce projet serait notamment de « *tester l'intérêt du recueil d'indicateurs complémentaires de ceux qui sont déjà expérimentés ou validés dans la perspective d'enrichissement de la procédure de certification des établissements de santé* ». Après avoir présenté les différentes phases du projet, spécifiquement en France, les auteurs

concluent que l'avenir de ce projet « dépend de nombreux facteurs parmi lesquels l'appréciation que l'on fait de l'ancrage européen et l'évolution des priorités institutionnelles » dans chaque pays.

5. Politiques et structures médico-sociales

Législation :

Législation interne :

– **Coopération - établissement - service médico-social - scolarisation - enfant - handicapé - article [L. 312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles - article [L. 351-1](#) du Code de l'éducation** (J.O. du 1 avril 2009) :

[Décret n° 2009-378 du 2 avril 2009](#) relatif à la scolarisation des enfants, des adolescents et des jeunes adultes handicapés et à la coopération entre les établissements mentionnés à l'article L. 351-1 du Code de l'éducation et les établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

– **Adulte handicapé - revalorisation - allocation** - (J.O. du 1 avril 2009) :

[Décret n° 2009-353 du 31 mars 2009](#) relatif à la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés.

– **Certificat médical - demande - maison départementale - personne handicapée** (J.O. du 7 avril 2009) :

[Arrêté du 23 mars 2009](#) pris par le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville relatif au modèle de formulaire de certificat médical pour une demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées.

– **Personne handicapée - solidarité - autonomie - personne âgée - [article 6 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004](#)** (J.O. du 4 avril 2009) :

[Arrêté du 27 mars 2009](#) pris par la ministre de l'intérieur, de l'outre mer et des collectivités territoriales, pour l'application, dans la police nationale, des dispositions de l'article 6 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 modifiée relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Jurisprudence :

– Allocation – éducation spéciale – incapacité permanente – enfant – article [L. 511-1](#) du Code de la sécurité sociale (C.E., 23 mars 2009, [n° 313185](#))

M. et Mme X demandent l'annulation de l'arrêt du 10 décembre 2007 par lequel la Cour administrative d'appel de Marseille s'est déclarée incompétente pour connaître de leur demande tendant à ce que l'Etat soit condamné à leur verser une indemnité de 41 817,65 euros représentant l'allocation d'éducation spéciale qu'ils auraient dû percevoir entre 1991 et 2000 au titre du handicap de leur enfant, ainsi qu'une indemnité de 15 000 euros en réparation de leur préjudice moral. Le Conseil d'Etat considère qu'aux termes de l'article L.541-1 du Code de la sécurité sociale « *Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation spéciale, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé* ». Il note que « *l'allocation qu'ils avaient obtenue n'avait pas fait l'objet de la part de cette administration des démarches permettant sa mise en paiement et, d'autre, part, de ce qu'elle a ensuite égaré leur demande de renouvellement* ». Par conséquent, le Conseil d'Etat annule l'arrêt considérant que la juridiction administrative était compétente.

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

Législation :

Législation européenne :

– Médicament de thérapie innovante – [règlement \(CE\) n° 1394/2007](#) – [règlement \(CE\) n° 726/2004](#) – [directive n° 2001/83/CE](#) – rectificatif (J.O.U.E. du 31 mars 2009) :

[Rectificatif au règlement \(CE\) n° 1394/2007](#) du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004.

– Pyraclostrobine – substance active – utilisation – extension – [directive n° 91/414/CEE](#) – modification (J.O.U.E. du 3 avril 2009) :

[Directive n° 2009/25/CE](#) de la Commission du 2 avril 2009 modifiant la directive 91/414/CEE du Conseil en ce qui concerne l'extension de l'utilisation de la substance active pyraclostrobine.

– **Topramezone - fluorure de sulfuryle - virus de la mosaïque jaune de la courgette - substance nouvelle - autorisation - provisoire - prolongation** (J.O.U.E. du 3 avril 2009) :

[Décision de la Commission du 2 avril 2009](#) autorisant les États membres à prolonger les autorisations provisoires pour les nouvelles substances actives topramezone, fluorure de sulfuryle et le *virus de la mosaïque jaune de la courgette* (souche bénigne).

Législation interne :

– **Spécialité pharmaceutique agréée - usage - collectivité et service public** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Arrêté du 8 avril 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Substance vénéneuse - classement** (J.O. du 7 avril 2009) :

[Arrêté du 26 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative portant classement sur les listes des substances vénéneuses.

– **Spécialité - liste - article [L. 5126-4](#) du Code de la santé publique - autorisation de mise sur le marché (AMM)** (J.O. du 3 avril 2009) :

[Arrêté du 30 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, relatif aux conditions de prise en charge de spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché inscrites sur la liste visée à l'article L. 5126-4 du Code de la santé publique.

– **Spécialité pharmaceutique agréée - liste - collectivité - service public** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Arrêté du 26 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

– **Groupe générique - répertoire - modification - article [R. 5121-5](#) du Code de la santé publique - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Décision du 9 mars 2009](#) pris par le Directeur général de l’Afssaps portant modification au répertoire des groupes génériques mentionné à l'article R. 5121-5 du Code de la santé publique.

– **Dispositif médical - installation de radiodiagnostic - organisme de contrôle - qualité - agrément** (J.O. du 4 avril 2009) :

[Décision du 23 mars 2009](#) prise par le directeur général de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé portant agrément d'un organisme chargé du contrôle de qualité externe de certaines installations de radiodiagnostic.

– **Spécialité pharmaceutique - prix** (J.O. des 1^{er}, 2, 8 et du 15 avril 2009) :

Avis [n° 129](#) du 1^{er} avril 2009, [n° 97](#) du 2 avril 2009, [n° 139](#) du 8 avril 2009 et [n° 74](#) du 15 avril relatifs aux prix de spécialités pharmaceutiques.

– **Médicament vétérinaire - autorisation de mise sur le marché (AMM) - octroi** (J.O. du 5 avril 2009) :

[Avis du 5 avril 2009](#) de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatif à l'octroi d'autorisations de mise sur le marché de médicaments vétérinaires.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 3 avril 2009) :

[Avis du 3 avril 2009](#) de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-6 du Code de la sécurité sociale.

– **Spécialité pharmaceutique - prix - article [L. 162-16-5](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 3 avril 2009) :

[Avis du 3 avril 2009](#) de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, relatif aux prix de spécialités pharmaceutiques publiés en application de l'article L. 162-16-5 du Code de la sécurité sociale.

Jurisprudence :

– **Hépatite C - contamination - indemnisation - Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions - action subrogatoire - Etablissement français du sang (EFS)** (C. E., 30 mars 2009, [n° 296106](#)) :

Une victime d'agression par arme à feu a subi de multiples transfusions sanguines à l'issue desquelles on lui diagnostique une hépatite C. Elle obtient une indemnisation de son préjudice par le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions. Le Fonds a ensuite exercé un recours subrogatoire à l'encontre de l'hôpital fournisseur des produits sanguins, afin de percevoir le remboursement des indemnités qu'il a dû verser à la victime. La Cour administrative d'appel de Paris condamne l'EFS (qui s'est substitué à l'hôpital) à rembourser le Fonds. L'EFS forme un pourvoi en cassation arguant que le Fonds n'était pas compétent pour indemniser la victime. Le Conseil d'Etat rejette le pourvoi en précisant que « *la contamination de la victime par le virus de l'hépatite C résultait des transfusions pratiquées au cours d'une intervention chirurgicale rendue nécessaire par les blessures que l'intéressé avait reçues lors d'une agression par arme à feu* ». Dès lors, « *la contamination [...] présentait bien le caractère d'un dommage causé par cette infraction pénale* ». Par conséquent « *le Fonds de garantie qui avait versé une indemnité à ce titre, était subrogé dans les droits de la victime à l'encontre de l'EFS* ».

– **Médicament - publicité - article de presse - site Internet - condamnation - amende - [article 86 de la directive 2001/83](#)** (C.J.C.E., Frede Damgaard, 2 avril 2009, [n° C- 421/07](#)) :

Un journaliste danois a été condamné pour violation de la loi danoise sur la publicité des médicaments. En effet, il avait publiquement diffusé sur son site Internet des informations sur les caractéristiques et la disponibilité d'un médicament dont la commercialisation n'était pas autorisée au Danemark. Il interjette appel de la décision. La Cour d'appel sursoit à statuer et saisit la Cour de justice des Communautés européennes d'une question préjudicielle. Il s'agissait de savoir si « *l'article 86 de la directive 2001/83 [...] doit être interprété en ce sens que la diffusion par un tiers d'informations relatives à un médicament, et notamment à ses propriétés curatives ou préventives, doit être considérée comme de la publicité, même lorsque ce tiers agit de sa propre initiative et de manière totalement indépendante, en droit et en fait, du fabricant vendeur* ». La CJCE répond de façon affirmative et précise qu'il « *appartient au juge national de déterminer si cette diffusion constitue une forme de démarchage d'information, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de médicaments* ».

– **Médicament - réduction des prix - plafond des dépenses pharmaceutiques - dépassement prévisible - Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) - [directive n° 89/105/CEE](#)** (C.J.C.E., A. Menarini Industrie Farmaceutiche Riunite Srl

e.a. contre Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Sanofi Aventis SpA, Sanofi Aventis SpA, Schering Plough SpA, IFB Stroder Srl, Baxter SpA, Simesa SpA, Merck Sharp & Dohme (Italia) SpA, Abbott SpA et Merck Sharp & Dohme (Italia) SpA contre Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) 2 avril 2009, [C-352/07](#) à [C-356/07](#), [C-365/07](#) à [C-367/07](#) et [C-400/07](#) :

L'agence italienne du médicament a adopté des mesures de réduction des prix des médicaments pris en charge par le système national de santé sur la base d'un dépassement prévisible du plafond des dépenses en matière de remboursement des médicaments. Des laboratoires ont attaqué cette décision. Les juges du fond ont posé des questions préjudicielles à la CJCE. Il s'agissait notamment de savoir si l'adoption de mesures qui font référence à des montants de dépenses estimés et non constatés, était compatible avec le droit communautaire, et s'il fallait tenir compte des dépenses de médicaments ou de l'ensemble des dépenses de santé lors de cette estimation. Il était également demandé à la Cour si de telles mesures pouvaient être pluriannuelles, et si les autorités étaient obligées de prévoir dans tous les cas une possibilité de dérogation au prix imposé pour certains produits. Selon la CJCE, « l'adoption de mesures de réduction des prix de tous les médicaments ou de certaines catégories de médicaments est possible plusieurs fois par an ». De telles mesures peuvent être adoptées sur « le fondement d'estimations des dépenses, à la condition que les exigences prévues à l'article 4 paragraphe 1 de la Directive 89/105/CEE soient respectées et que ces estimations soient fondées sur des éléments objectifs et vérifiables ». Il peut notamment s'agir des dépenses relatives aux seuls médicaments ou à l'ensemble des dépenses de santé. Enfin, la Cour rappelle que « les Etats membres doivent prévoir, dans tous les cas, la possibilité pour une entreprise concernée par certaines catégories de médicaments, de demander une dérogation au prix imposé ».

Doctrine :

– **Brevetabilité - cellule souche embryonnaire humaine - rejet - Office européen des brevets (OEB)** (Gaz. Pal., 29 au 31 mars 2009, p. 28) :

Article de G. Bourdout intitulé : « *Brevetabilité des cellules souches embryonnaires humaines : une première décision de la Grande chambre de recours de l'Office européen des brevets* ». L'auteur décrit la décision du 25 novembre 2008 de la Grande chambre de recours de l'OEB qui « a considéré comme non brevetables des inventions biotechnologiques, concernant notamment des cellules souches, dès lors qu'elles nécessitent l'emploi et le sacrifice d'embryons humains pour leur mise en œuvre ». L'auteur mentionne la précision de la Grande chambre selon laquelle « les conclusions tirées ne peuvent s'appliquer à la question de la brevetabilité des cellules souches humaines en général » et souligne que la demande de brevet ayant été déposée en 1995, la décision « aura donc vraisemblablement un impact restreint, dû aux prochaines avancées technologiques en la matière ». Par ailleurs, l'auteur indique que « outre les enjeux éthiques, à l'heure où les Etats-Unis envisagent d'encourager à nouveau la recherche sur les cellules souches

embryonnaires humaines, les questions de brevetabilité, cruciales au développement de la technologie, ne sont donc pas tranchées ».

– **Propriété intellectuelle - santé publique - Etats-Unis - pays en voie de développement (PVD) - accord bilatéral - nouvelle stratégie** (Petites Affiches, n° 61, 26 mars 2009, p. 4 à 7) :

Article de P. Arhel intitulé : « *Propriété intellectuelle ; approche bilatérale des Etats-Unis en faveur d'un meilleur accès à la santé publique* ». L'auteur décrit la nouvelle stratégie que les Etats-Unis ont adoptée à l'égard des produits pharmaceutiques. Il ajoute que cette nouvelle stratégie a été impulsée par le Congrès américain qui s'est ému du fait que les clauses des accords bilatéraux entre les Etats-Unis et les PVD entravent l'accès des populations les plus pauvres aux médicaments à des prix abordables. Ainsi, le Congrès a imposé à l'administration un changement de stratégie « *impliquant des modifications importantes concernant la durée des brevets, le lien entre les brevets et les autorisations de mise sur le marché, la protection des données résultant d'essais et les importations parallèles* ». Néanmoins, l'auteur regrette que « *ces efforts [soient] limités aux pays en développement, à l'exclusion des pays industrialisés tels que la Corée du Sud* ».

– **Médicament - prix prédateur - abus de position dominante - marché connexe - marché dominé** (Note sous Cass. com, 17 mars 2009, [n° 08-14503](#)) (Dalloz, 2009, n° 13, p. 867) :

Note de E. Chevrier intitulée : « *Affaire Glaxo : prédation par acquisition d'une réputation* » sous l'arrêt de la chambre commerciale de la Cour de cassation excluant l'abus de position dominante en « *l'absence de circonstances particulières de nature à établir un lien entre le comportement du laboratoire sur le marché non dominé et la position dominante détenue par cette société sur l'autre marché* ». L'auteur considère que « *la haute juridiction, à l'instar de la cour de Paris [...] ne condamne pas, par principe, la thèse de la prédation par construction de réputation agressive* ». Il souligne que la Cour n'a pas retenu l'abus de position dominante considérant que la stratégie prédatrice n'était pas constatée. En outre, l'auteur envisage que même si « *la thèse de prédation par construction de réputation agressive n'est pas totalement rejetée* », elle doit « *prendre appui sur une base juridique suffisamment étayée* » c'est-à-dire « *la démonstration objective d'un lien de causalité entre la pratique de prix bas sur le marché non dominé et ses effets sur le marché dominé* ».

– **Produit de santé défectueux - responsabilité sans faute - risque - régime spécial de responsabilité - droit communautaire - compatibilité** (conclusions T.A. Toulouse 30 décembre 2008 n° 054778) (AJDA 2009, p. 721) :

Conclusions de J.-C. Truilhé, commissaire du gouvernement, intitulée : « *Le régime jurisprudentiel de responsabilité pour la défectuosité d'un produit de santé est-il compatible* »

avec le droit communautaire ? ». Selon le commissaire du gouvernement, bien que la règle jurisprudentielle nouvelle ait par essence un caractère rétroactif, le régime spécial de responsabilité sans faute du service public hospitalier du fait de la défectuosité des produits et appareils de santé ne saurait être regardé comme existant au moment de la notification de la directive du 25 juillet 1985 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux. Par suite, dès lors que ce régime jurisprudentiel de responsabilité sans faute, prévoit une responsabilité du service public hospitalier plus extensive que celle définie pour le fournisseur à l'article 3§3 de la directive, il est incompatible avec les objectifs de cette directive.

- **Conduite automobile - médicament - classification** (www.afssaps.fr) :

Publication de l'Afssaps sur les médicaments et la conduite automobile. L'Afssaps a réalisé une mise au point portant sur l'influence de nombreux médicaments sur les capacités de conduite d'un véhicule. Elle retient qu'une exposition à un médicament potentiellement dangereux est retrouvée chez environ 10% des accidentés de la route et que les médicaments en cause sont le plus souvent des hypnotiques et des anxiolytiques. L'Afssaps a récemment actualisé sa classification des médicaments susceptibles d'altérer les facultés de conduite, mais aussi l'utilisation de machines et l'exécution de tâches domestiques nécessitant attention et précision.

- **Contamination transfusionnelle - hépatite C - agression - [article 706-11](#) du Code de procédure pénale - action subrogatoire - Etablissement français du sang (EFS) - Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)** (Note sous C.E., 30 mars 2009, [n° 296106](#)) (AJDA, 2008, p. 684) :

Note de C. Biget intitulée : « *Contamination transfusionnelle consécutive à une agression et recours subrogatoire contre l'EFS* ». L'auteur revient sur un arrêt du Conseil d'Etat du 30 mars 2009 qui a jugé que le FGTI peut exercer une action subrogatoire à l'encontre de l'EFS, fournisseur de produits sanguins ayant causé la contamination de la victime d'une agression par le virus de l'hépatite C. En effet, en l'espèce, la victime ayant été blessée par balle, cette agression présentait bien selon l'auteur, le caractère d'un dommage causé par une infraction pénale au sens de l'article 706-11 du Code de procédure pénale, infraction ayant conduit à une transfusion de la victime.

7. Santé environnementale et santé au travail

Législation :

Législation européenne :

– Déchet - polluant organique - production thermique - production métallurgique - [règlement \(CE\) n° 850/2004](#) (J.O.U.E. du 15 avril 2009) :

[Règlement \(CE\) n° 304/2009 de la Commission du 14 avril 2009](#) modifiant les annexes IV et V du règlement (CE) n° 850/2004 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne le traitement des déchets contenant des polluants organiques persistants provenant de procédés de production thermiques et métallurgiques.

– Déchet - Commission européenne - compétence d'exécution - [règlement \(CE\) n° 2150/2002](#) (J.O.U.E. du 31 mars 2009) :

[Règlement \(CE\) n° 221/2009 du Parlement européen et du Conseil du 11 mars 2009](#) modifiant le règlement (CE) n° 2150/2002 relatif aux statistiques sur les déchets, en ce qui concerne les compétences d'exécution conférées à la Commission.

– Produit biocide - mise sur le marché - inscription - [directive 98/8CE](#) (J.O.U.E. du 15 avril 2009) :

[Décision de la commission du 14 avril 2009](#) concernant la non-inscription de certaines substances à l'annexe I, I A ou I B de la directive 98/8/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la mise sur le marché des produits biocides.

– Produit biocide - substance - soumission de dossier - délai - [directive n° 98/8/CE](#) (J.O.U.E. du 9 avril 2009) :

[Décision de la Commission du 8 avril 2009](#) fixant un nouveau délai pour la soumission des dossiers de certaines substances à examiner dans le cadre du programme de travail de dix ans visé à l'article 16, paragraphe 2, de la directive 98/8/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la mise sur le marché des produits biocides.

– Produit biocide - substance -- inscription - mise sur le marché - [directive n° 98/8/CE](#) (J.O.U.E. du 9 avril 2009) :

[Décision de la Commission du 8 avril 2009](#) concernant la non-inscription de certaines substances à l'annexe I, I A ou I B de la directive 98/8CE du Parlement européen et du Conseil, concernant la mise sur le marché des produits biocides.

– Déchet - industrie extractive - gestion - [directive n° 2006/21/CE](#) - [directive n° 2004/35/CE](#) (J.O.U.E. du 4 avril 2009) :

[Document de référence](#) adopté aux fins de la directive 2006/21/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la gestion des déchets de l'industrie extractive et modifiant la directive 2004/35/CE.

– **Champ électromagnétique - santé - Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux - [recommandation n° 1999/519/CE](#)** (www.europarl.europa.eu) :

[Résolution du Parlement européen du 2 avril 2009](#) sur les préoccupations quant aux effets pour la santé des champs électromagnétiques (2008/2211(INI)). Par cette résolution le Parlement demande à la Commission de procéder à la révision de la base scientifique et des limites fixées pour les champs électromagnétiques dans la recommandation 1999/519/CE par le biais du Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux. Par ailleurs, le Parlement invite les Etats membres et les autorités locales et régionales à « *se doter d'un régime unique pour les autorisations relatives à l'installation d'antennes et de relais ainsi qu'à inclure dans leurs plans d'urbanisation un plan régional de répartition des antennes* ».

Législation interne

– **Pesticide - résidu - produit végétal - consommation humaine - exportation - Russie** (J.O. du 5 avril 2009) :

[Avis du 5 avril 2009](#) pris par le ministre de l'agriculture et de la pêche aux responsables de laboratoires réalisant des analyses de résidus de pesticides, de nitrates et de nitrites sur les végétaux et produits végétaux destinés à la consommation humaine pour l'exportation vers la Fédération de Russie.

– **Produit végétal - consommation humaine - exportateur - Russie** (J.O. du 5 avril 2009) :

[Avis du 5 avril 2009](#) pris par le ministre de l'agriculture et de la pêche aux exportateurs vers la Fédération de Russie de produits végétaux destinés à la consommation humaine.

Jurisprudence :

– **Substance dangereuse - plan d'urgence - manquement - [directive 96/82/CE](#)** (CJCE, Commission des Communautés européennes c/ République d'Autriche, 2 avril 2009, [n° C- 401/08](#)) :

En l'espèce, la Commission a formé un recours en manquement contre la République d'Autriche, considérant qu'elle n'avait pas élaboré de plan d'urgence externe pour

les mesures à prendre à l'extérieur des établissements relevant de l'article 9 de la directive 96/82/CE du Conseil du 9 décembre 1996 concernant la maîtrise des dangers liés aux accidents majeurs impliquant des substances dangereuses. L'Autriche invoque le fait que des plans d'urgence ont été établis « *dans l'intervalle pour de nombreux établissements visés dans la requête* » et que « *l'élaboration de plan d'urgence externes pour les autres établissements serait en cours et devrait être achevée dans un proche avenir* ». La Cour de justice condamne cependant la République d'Autriche au motif que le manquement doit être apprécié au terme du délai fixé et qu'en n'élaborant pas de plan d'urgence, le Luxembourg et la Belgique ont manqué aux obligations leur incombant en vertu de la directive 96/82/CE.

– **Accident de travail - licenciement - faute grave - nullité - obligation de sécurité résultat - protection de la santé - visite de reprise - médecin du travail - suspension du contrat de travail** (Cass. Soc., 25 mars 2009, [n° 07-44408](#)) :

M. X, engagé par la société Y en qualité de chauffeur de véhicules lourds et exerçant en dernier lieu la fonction de chef de trafic, a été victime d'un accident du travail. Il a repris son activité sans être soumis à la visite médicale de reprise. Peu de temps après son retour, il est licencié pour faute grave, son employeur déplorant ses absences injustifiées. M. X a alors saisi la juridiction prud'homale en contestation de son licenciement. La Cour d'appel a considéré que le licenciement était nul et a condamné la société Y à verser diverses sommes à M. X. En effet, le licenciement pour absences injustifiées a été prononcé à une période à laquelle, à défaut de visite de reprise, le contrat de travail était toujours suspendu. Par conséquent, le fait pour le salarié de ne pas avoir travaillé alors qu'il n'y était pas tenu ne pouvait constituer une faute grave. La société Y se pourvoit en cassation. La Haute juridiction rejette le pourvoi et rappelle que l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité résultat en matière de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs dans l'entreprise. « *Il ne peut dès lors laisser un salarié reprendre son travail après une période d'absence d'au moins huit jours pour cause d'accident du travail sans le faire bénéficier lors de la reprise du travail, ou au plus tard dans les huit jours de celle-ci, d'un examen par le médecin du travail.* » Elle précise « *qu'à défaut, l'employeur ne peut résilier le contrat de travail à durée indéterminée du salarié* ». C'est donc à bon droit que la Cour d'appel a considéré que les faits reprochés à M. X n'étaient pas constitutifs d'une faute grave.

– **Maladie professionnelle - taux d'incapacité permanente partielle - caisse primaire d'assurance maladie - pièce médicale - communication - secret médical** (Cass. 2^{ème} Civ., 2 avril 2009, [n° 08-12022](#), [n° 08-12023](#), [n° 08-12024](#) et [n° 08-11961](#)) :

Dans ces arrêts, différentes caisses primaires d'assurance maladie avaient pris en charge, au titre de la législation professionnelle, les accidents dont avaient été victimes les salariés de différentes sociétés. A chaque fois, la société contestait le taux d'incapacité permanente partielle fixé par la caisse primaire et décidait de saisir le tribunal du contentieux de l'incapacité. La Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a, dans ces quatre affaires, déclaré

inopposables aux sociétés les décisions des caisses de retenir au bénéfice des victimes un tel taux d'incapacité. Elle considère que les employeurs n'ayant pas eu communication des pièces médicales ayant permis la fixation du taux d'incapacité, les décisions des caisses leur étaient inopposables. Les différentes caisses se sont alors pourvues en cassation. La Cour de cassation rejette leurs pourvois. Elle considère que la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail a à bon droit considéré « *que ni l'indépendance du service du contrôle médical vis-à-vis de la caisse ni les réserves émises par celle-ci sur le respect du secret médical ne peuvent exonérer les parties à la procédure du respect des principes du procès équitable.* » Les caisses n'ayant pas fourni les pièces nécessaires à un réel débat contradictoire sur la fixation du taux d'incapacité permanente partielle, les employeurs n'avaient donc pas pu exercer leur droit de recours. Par conséquent, les décisions de la caisse leur étaient inopposables.

– **Détention - décharge d'ordure - environnement - risque sanitaire - article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme** (CEDH, aff. Branduse c/Roumanie, Chambre, 7 avril 2009, [n° 6586/03.](#)) :

En l'espèce, M.X., détenu dans un établissement pénitentiaire de Roumanie, se plaint, sur le terrain de l'article 8, de la passivité des autorités roumaines pour traiter de manière appropriée la question d'une ancienne décharge d'ordures située à une vingtaine de mètres de la prison. Tout en notant que l'état de santé de M. Brânduse ne s'est pas dégradé du fait de la proximité de l'ancienne décharge, la Cour considère néanmoins qu'« *au vu des conclusions des études environnementales et de la durée depuis laquelle le requérant subit les nuisances en cause, la qualité de vie et le bien - être de l'intéressé ont été affectés d'une manière qui a nuit à sa vie privée et qui n'était pas une simple conséquence du régime privatif de liberté* ». Constatant en outre que « *le Gouvernement roumain n'a pas indiqué quelles mesures ont été prises pour que les détenus de la prison en question, et notamment le requérant, puissent avoir effectivement accès aux conclusions des études et à des informations permettant d'évaluer le risque sanitaire auquel ils étaient exposés* » et que « *les procédures relatives aux travaux de fermeture de l'ancienne décharge sont encore pendantes* », la Cour conclut à la violation de l'article 8 de la Convention.

Doctrine :

– **Nuisance sonore - infrastructure routière - environnement calme - seuil acoustique - décret du 9 janvier 1995** (Note sous C.A.A. Bordeaux, 8 juillet 2008, [n° 06BX01272](#)) (AJDA, mars 2009, p. 653) :

Note de M.-F. Delhoste sous l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Bordeaux du 8 juillet 2008. Cet arrêt concerne la condamnation de la société des autoroutes du sud de la France en raison du trouble sonore de jouissance excédant le taux que doivent normalement supporter les riverains des voies publiques. L'auteur note que

par cet arrêt « *les juges s'affranchissent du carcan des valeurs limites des nuisances phoniques en matière d'infrastructures routières* ». En effet, elle rappelle qu'en règle générale, l'indemnisation est possible en cas de dommage anormal et spécial au droit de jouir d'un environnement calme. Depuis le décret du 9 janvier 1995 relatif à la limitation du bruit des aménagements et infrastructures de transports terrestres fixant des seuils acoustiques réglementaires, les juges disposent de valeurs chiffrées. Ainsi, dès lors que les nuisances sont supérieures aux seuils maximums, elles « *sont retenues comme anormales et ouvrent droit à indemnisation* ». Pourtant, cette jurisprudence permet de constater que les juges peuvent apprécier souverainement la réalité des nuisances et que « *ces indicateurs [ne sont] qu'un des éléments permettant d'en apprécier l'effectivité* ». En effet, l'arrêt note qu'« *alors même que ces niveaux n'excèdent pas les seuils limites fixés [...] l'existence de l'autoroute entraîne [...] un trouble de jouissance qui excède par son importance celui que doivent normalement supporter [...] les riverains des voies publiques* ».

– **Organisme génétiquement modifié (OGM) - étiquetage - utilisation confinée** - [directive n° 2001/18/CE](#) - [décret n° 2009-45](#) (Revue Europe, n° 3, mars 2009, alerte 11) :

Note anonyme intitulée : « *Quelques transpositions et applications récentes* ». Cette note est relative à la transposition de la directive 2001/18/CE relative à la dissémination volontaire d'OGM dans l'environnement par le décret n° 2009-45 du 13 janvier 2009 relatif à l'étiquetage des OGM mis à disposition de tiers à l'occasion d'une utilisation confinée.

– **Gaz à effet de serre - émission - système d'échange - aviation** - [directive n° 2008/101/CE](#) (Revue de droit des transports n° 3, mars 2009, comm. 61) :

Note de L. Grard intitulée : « *Le texte sur l'incorporation de l'aviation au marché du CO2 est adopté* ». Cette note fait suite à l'inclusion de l'aviation dans le système européen d'échange de droits d'émission découlant de la directive 2008/101/CE. L'auteur note ainsi que les compagnies aériennes dont les vols sont au départ ou à destination d'un aéroport communautaire devront réduire leurs émissions de 3% en 2012 par rapport à 2004-2006, celles qui émettront en dessous du seuil prévu pourront revendre leurs excédents.

– **Hépatite C - maladie professionnelle - forfait de pension - allocation temporaire d'invalidité** (Note sous C.E., 25 juin 2008, [n° 286910](#)) (J.C.P. Administrations et Collectivités territoriales, n° 15, avril 2009, p. 2083) :

Note de Ch. Paillard sous l'arrêt du Conseil d'Etat du 25 juin 2008. Dans cet arrêt, « *le Conseil d'Etat vient préciser le champ d'application du forfait de pension à l'occasion d'un litige relatif à l'indemnisation des préjudices subis par un fonctionnaire en raison d'une contamination par le virus de l'hépatite C* ». En l'espèce, un agent hospitalier avait

contracté l'hépatite C dans l'exercice de ses fonctions. Il a saisi la juridiction administrative d'une demande tendant à la condamnation du Centre hospitalier, dans lequel il travaillait, à lui verser une indemnité réparant les troubles dans les conditions d'existence et les pertes de revenus résultant de son état de santé. En cours d'instance, il a également demandé à ce qu'une allocation temporaire d'invalidité lui soit versée. Comme le rappelle l'auteur, il incombait, en l'espèce, au Conseil d'Etat « de préciser le sort devant être réservé à l'allocation temporaire d'invalidité au regard de la règle du forfait de pension, ce qui supposait notamment de trancher la nature patrimoniale ou extra patrimoniale des préjudices réparés ou compensés par cette allocation ». Ce dernier a appliqué et précisé la jurisprudence Moya-Caville en incluant dans le forfait limité, l'allocation temporaire d'invalidité. Par ailleurs, il a tranché favorablement la demande d'indemnité complémentaire de la victime au titre de ses préjudices extra patrimoniaux sur le fondement de la jurisprudence Cames. Selon l'auteur, « la solution est symptomatique d'une tendance de la jurisprudence administrative à un certain relèvement du niveau d'indemnisation accordée à la victime au titre des troubles dans les conditions d'existence par elle subis. » L'auteur s'interroge, par ailleurs, sur « l'opportunité d'une remise en cause générale du forfait de pension ».

– **Antenne relai - champ électromagnétique - risque sanitaire - trouble anormal - [décret n° 2002-775 du 3 mai 2002](#)** (Note sous C.A. Versailles, 4 février 2009, n° 08/08775) (AJDA, mars 2009, p. 712) :

Note de S. Bourillon sous l'arrêt de la Cour d'appel de Versailles du 4 février 2009. Par cet arrêt, la Cour a confirmé le démantèlement d'une antenne de téléphonie mobile afin de faire cesser le trouble anormal de voisinage qui résultait d'un risque sanitaire. L'auteur note que si deux tribunaux de première instance ont auparavant ordonné le démontage d'antenne relais, toutefois, ces décisions avaient été infirmées en appel en raison de « l'absence de risque sanitaire établi ». L'auteur note ainsi que la Cour d'appel de Versailles s'affranchit ici « de la question des valeurs limites d'exposition aux champs électromagnétiques du décret de 2002 ». La Cour relève en effet que si l'antenne fonctionne dans le respect des normes, « un trouble de voisinage étant allégué », la licéité de l'activité ne suffit pas à écarter l'existence d'un trouble. L'auteur souligne que cette décision pourrait influencer la jurisprudence administrative dans le sens où il ne devrait plus être nécessaire de démontrer la réalité des risques sanitaires en la matière.

Divers :

– **Ligne à haute et très haute tension - champ électromagnétique - santé humaine - office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST) (www.senat.fr)** :

[Rapport](#) publié par l'OPECST du Sénat intitulé : « Rapport sur les lignes à haute et très haute tension : quels impacts sur la santé et l'environnement (compte rendu de l'audition

publique du 29 janvier 2009) ». Cette audition publique a été organisée dans le cadre de la saisine de l'OPECST par la Commission des affaires économiques du Sénat. Elle avait pour objet de faire le point sur les connaissances relatives à l'effet des champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence émis par les lignes à haute et très haute tension sur la santé humaine et animale. L'audition s'est notamment intéressée au réseau de lignes à haute et très haute tension en France, aux résultats de l'expertise collective nationale et internationale, ainsi qu'aux études en cours quant aux effets sur la santé humaine et animale.

– **Organisme génétiquement modifié (OGM) - agriculture conventionnelle et biologique - conséquence économique** (www.senat.fr) :

[Rapport](#) de la Commission au Conseil et au Parlement européens sur la coexistence entre les cultures génétiquement modifiées et l'agriculture conventionnelle et biologique. Ce rapport s'intéresse aux mesures techniques de confinement ainsi qu'aux éventuelles conséquences économiques du mélange de cultures génétiquement modifiées et de cultures non génétiquement modifiées. La Commission envisage plusieurs actions dans ce domaine, dont une évaluation des incidences économiques concernant la fixation d'éventuels seuils futurs pour les semences, la promotion de l'échange d'informations avec les États membres sur les expériences pratiques, la recherche et les résultats du suivi en matière de coexistence. Par ailleurs, « *la Commission élaborera des lignes directrices techniques sur les mesures de coexistence par type de culture par l'intermédiaire du bureau européen pour la coexistence* ».

– **Radon - exposition - milieu du travail - décret n° 2003-296 du 31 mars 2003 - arrêté du 7 août 2008** (Revue Prescrire, avril 2009, tome 29, n° 306, p. 297) :

Article anonyme intitulé « *Exposition professionnelle au radon* ». L'auteur rappelle qu'un décret du 31 mars 2003 a introduit pour l'employeur l'obligation de mesurer le niveau de radon dans les établissements situés dans 31 départements identifiés comme prioritaires pour la gestion du risque lié à l'inhalation du radon. Il a toutefois fallu attendre un arrêté du 7 août 2008 pour que soit fixée la liste des activités professionnelles concernées. L'auteur précise les mesures à prendre lorsque le niveau de radon est supérieur à 400 bq/m³. Ces mesures sont de deux ordres : technique ou organisationnel.

– **Substance dangereuse - risque chimique - exposition - travailleur - maladie - nanoparticule - Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail** (www.osha.europa.eu) :

[Rapport](#) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail intitulé « *Expert forecast on Emerging Chemical Risks* ». Ce rapport, réalisé par 49 experts européens, identifie les principaux groupes de substances susceptibles d'engendrer de nouveaux risques pour les travailleurs et de contribuer à l'apparition de maladies

telles que les allergies, l'asthme, l'infertilité et même les cancers. Le rapport place les nanoparticules en tête de la liste des substances contre lesquelles les travailleurs doivent être protégés. Il attire, par ailleurs, l'attention sur le fait que les substances dangereuses sont présentes non seulement dans l'industrie chimique, mais également dans des professions comme l'agriculture, les soins infirmiers, le bâtiment ainsi que dans de nombreuses petites et moyennes entreprises (PME) en dehors de l'industrie chimique.

– **Risque - vibration - santé au travail - [directive 2002/44/CE](#) - bonne pratique - guide - prévention (www.europa.eu) :**

[Guide](#) des bonnes pratiques publié par la Commission européenne. Ce guide traite des bonnes pratiques à caractère non contraignant pour l'application de la directive 2002/44/CE relative aux prescriptions minimales de santé et sécurité pour l'exposition des travailleurs aux risques résultant d'agents physiques (vibrations). Ce guide participe à la promotion d'une réelle culture de la prévention des risques. Il contient un guide des bonnes pratiques en matière de vibrations mains-bras et en matière de vibrations sur le corps entier.

8. Santé animale

Législation :

Législation européenne :

– **Prévention - contrôle - éradication - encéphalopathie - [règlement \(CE\) n° 999/2001](#) (J.O.U.E. du 31 mars 2009) :**

[Règlement \(CE\) n° 220/2009](#) du Parlement Européen et du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 999/2001 fixant les règles pour la prévention, le contrôle et l'éradication de certaines encéphalopathies en ce qui concerne les compétences d'exécution conférées à la Commission.

– **Transport - animal - voie aérienne - pays tiers - certificat sanitaire - viande de solipède - transit - stockage - viande fraîche - [décision 79/542/CEE](#) (J.O.U.E. du 8 avril 2009) :**

[Décision](#) de la Commission modifiant la décision 79/542/CEE du Conseil en ce qui concerne le transport d'animaux par voie aérienne, le transit d'animaux par certains pays tiers et les certificats sanitaires relatifs à certaines viandes de solipèdes et au transit et au stockage de certaines viandes fraîches.

Législation interne :

- **Zone réglementée - fièvre catarrhale - mouton** (J.O. du 3 avril 2009) :

[Arrêté du 2 avril 2009](#) pris par le Ministre de l'agriculture et de la pêche modifiant l'arrêté du 1er avril 2008 définissant les zones réglementées relatives à la fièvre catarrhale du mouton.

Divers :

- **Animal - terrestre - abeille - volaille** (www.oie.int) :

Messages d'alerte de l'Organisation mondiale de la santé animale du 7 avril 2009 rapportant les événements épidémiologiques des pays membres :

- [Rapport de notification](#) de la clavelée et variole caprine.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse.
- [Rapport de notification](#) de la maladie de Newcastle.
- [Rapport de notification](#) de la loque américaine des abeilles mellifères.
- [Rapport de notification](#) de la fièvre aphteuse.
- [Rapport de notification](#) de l'influenza aviaire faiblement pathogène (volailles).
- [Rapport de notification](#) de l'anémie infectieuse des équidés.
- [Rapport de notification](#) de rhinopneumonie équine.
- [Rapport de notification](#) de l'influenza aviaire faiblement pathogène (volailles).

9. Protection sociale contre la maladie

Législation :

Législation interne :

- **Assuré social - spécialité pharmaceutique - remboursement** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Arrêté du 8 avril 2009](#) pris par le ministre de la santé et des sports modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Tarif plafond - convergence tarifaire - modalité de calcul - règle de modulation - article [L. 174-6](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 4 avril 2009) :

[Arrêté du 17 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, fixant les modalités de calcul et les règles de modulation des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévus à l'article L. 174-6 du Code de la sécurité sociale. Cet arrêté a pour objectif de fixer pour l'année 2009 des tarifs plafonds ou des règles de calcul de ces tarifs plafonds ainsi que des règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds, afin d'éviter l'accroissement des dépenses prises en charge.

– **Dotation régionale - mission d'intérêt général - aide à la contractualisation - article [L. 174-1-1](#) du Code de la sécurité sociale** (J.O. du 4 avril 2009) :

[Arrêté du 17 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports, fixant pour l'année 2009 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du Code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

– **Spécialité pharmaceutique - remboursement - assuré social** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Arrêté du 26 mars 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

– **Caisse nationale militaire de sécurité sociale - traitement automatisé - information nominative - téléservice - professionnel de santé - renouvellement** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Décision du 11 février 2009](#) prise par le Directeur de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale portant création à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale d'un traitement automatisé d'informations nominatives relatif à la mise en œuvre d'un téléservice destiné aux professionnels de santé (compte PS).

– **Assuré - spécialité pharmaceutique - taux de participation - Union nationale des caisses d'assurance maladie** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Avis du 15 avril 2009](#) pris par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie 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.

– **Spécialité pharmaceutique - médicament remboursable - liste - assuré social** (J.O. du 15 avril 2009) :

[Avis du 15 avril 2009](#) de la ministre de la santé et des sports relatif au renouvellement de l'inscription de spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

– **Spécialité pharmaceutique - médicament - remboursement - inscription - renouvellement** (J.O. du 7 avril 2009) :

[Avis du 7 avril 2009](#) de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative relatif au renouvellement de l'inscription de spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

– **Spécialité pharmaceutique - taux de participation - Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Avis du 2 avril 2009](#) pris par le directeur général de l'UNCAM, relatif aux décisions de l'UNCAM portant fixation des taux de participation de l'assuré applicables à des spécialités pharmaceutiques.

– **Spécialité pharmaceutique - renouvellement de l'inscription - médicament remboursable - assuré social d'assurance maladie (UNCAM)** (J.O. du 2 avril 2009) :

[Avis du 2 avril 2009](#) pris par la ministre de la santé et des sports, relatif au renouvellement de l'inscription de spécialités pharmaceutiques sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux.

Jurisprudence :

– **Couverture maladie universelle (CMU) - remboursement des soins - condition de résidence - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - article [L. 380-1](#) du Code de la sécurité sociale - article [L. 161-15-1](#) du Code de la sécurité sociale** (Cass. Civ 2^{ème}, 2 avril 2009, [n° 07-21829](#)) :

Admis au bénéfice de la CMU, M. X a demandé le 1^{er} juillet 2003, le remboursement de soins qui lui ont été dispensés. La CPAM a cependant rejeté sa demande. Il a donc

saisi la juridiction de la sécurité sociale. La Cour de cassation rappelle que l'affiliation à la CMU est subordonnée, en application de l'article L. 380-1 du Code de la sécurité sociale, à la résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'Outre mer. Elle reprend dans un second temps les dispositions de l'article L. 161-15-1 du Code de la sécurité sociale qui précisent que le bénéficiaire en est perdu si la personne en cause cesse de remplir la condition de résidence. Au regard de ces deux textes, elle juge que la demande de l'intéressé ne pouvait qu'être rejetée étant donné que M. X ne résidait plus en France depuis plus de trois mois à la date à laquelle il a demandé la prise en charge des soins.

- Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) - assurance maladie des professions libérales - régime social des indépendants des professions libérales - cotisation d'assurance maladie et maternité - article [L. 861-2](#) et [L. 380-2](#) du Code de la sécurité sociale (Cass. Civ. 2^{ème}, 2 avril 2009, [n° 08-12827](#) et [n° 08-12828](#)) :

Dans ces deux espèces, la réunion des assureurs maladies des professions libérales a délivré à deux bénéficiaires de la CMUc une contrainte pour le paiement des cotisations d'assurance maladie et maternité afférentes à l'année 2004. Ils ont alors formé opposition à cette contrainte devant la juridiction de la sécurité sociale. Cette dernière les a déboutés de leur demande au motif que les personnes affiliées au régime obligatoire à titre professionnel, qui disposent de revenus inférieurs au plafond d'exonération et bénéficient, en conséquence, de la CMU complémentaire, doivent néanmoins continuer à cotiser à leur régime de base. Ils se sont pourvus en cassation en invoquant le fait que l'article L. 861-2 du Code de la sécurité sociale, qui dispose que « *les bénéficiaires de la protection complémentaire gratuite en matière de santé qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général, sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2, est applicable tant aux bénéficiaires de la CMUc affiliés au régime général, qu'aux affiliés au régime des non salariés* ». La Cour de cassation rappelle dans un premier temps que le principe d'égalité devant la loi n'interdit pas l'application de règles différentes à des situations qui ne sont pas identiques. Elle affirme ensuite que « *les personnes affiliées à titre professionnel à un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, demeurent tenues au paiement des cotisations afférentes à celui-ci* » et que par conséquent, les requérants sont redevables des cotisations faisant l'objet de la contrainte délivrée par la caisse.

- Tarification - accompagnement social ou médico-social - service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) - commission départementale d'éducation spéciale (CDES) - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - article [L. 162-24-1](#) du Code de la sécurité sociale - article [L. 312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles (Cass. Civ. 2^{ème}, 2 avril 2009, [n° 08-12864](#)) :

Un mineur pris en charge pour une rééducation orthophonique par le SESSAD sur décision de la CDES, a bénéficié, dans un cabinet de ville, de séances d'orthophonie

prescrites par son médecin. La mère de ce dernier a alors demandé à la CPAM de prendre en charge le coût de ces soins. Cette dernière a refusé cette prise en charge et Madame X a saisi les tribunaux pour qu'ils fassent droit à sa demande. La Cour d'appel de Grenoble a considéré que les soins dispensés en cabinet libéral n'étaient pas assurés par le SESSAD et que les séances d'orthophonies complémentaires ne constituaient pas des soins courants correspondant à la destination de l'établissement. Selon la Cour, elles constituent « des soins en relation avec des problèmes moteurs, oculaires et praxiques exigeant le recours à des techniques et supports particuliers que l'établissement, dont la spécificité est la prise en charge d'enfants présentant une déficience intellectuelle, ne propose pas ». La Haute juridiction casse l'arrêt de la Cour d'appel au motif qu'en statuant ainsi, elle n'a pas donné de base légale à sa décision. Elle affirme en effet que la Cour d'appel aurait dû rechercher les termes de la prise en charge décidé par la CDES et l'étendue des soins inclus dans la dotation globale allouée au SESSAD. Selon elle, cette dotation doit comprendre tous les soins nécessités par l'affectation ayant motivé la prise en charge de l'enfant au sein de l'établissement ou du service. Elle considère donc que les séances d'orthophonies complémentaires étaient comprises dans cette dotation.

– **Médecin spécialiste - médecin généraliste - acte de consultation - prise en charge - cotation CS - [arrêté du 1^{er} juin 1994](#) - Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) - Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) (C.A. Grenoble, 12 mars 2009, n° 08/02662, n° 08/02663, n° 08/02667, n° 08/02669, n° 08/02671, n° 08/02674, n° 08/02676, n° 08/02680 et n° 08/02379) :**

En l'espèce, neuf praticiens qualifiés de spécialistes en médecine générale par le CDOM de la Drôme désirent obtenir de la caisse primaire d'assurance maladie du département la prise en charge de leurs actes de consultation sur la base de la cotation CS correspondant à une cotation spécialistes. Par un jugement en date du 29 mai 2008, le TASS de Valence a débouté l'ensemble des demandeurs, les condamnant au paiement d'une astreinte de trente euros par feuille de soins non correctement cotée avec exécution provisoire. La Cour d'appel de Grenoble saisie par l'ensemble des médecins concernés et statuant par neuf décisions distinctes infirme le jugement de première instance et rappelle les dispositions de l'article 1^{er} de l'arrêté du 1^{er} juin 1994 selon lesquelles « Sont considérés comme médecins spécialistes au regard de l'assurance maladie, à la condition qu'ils exercent exclusivement la spécialité pour laquelle ils ont été qualifiés, les médecins à qui a été reconnu, conformément au règlement de qualification établi par le Conseil national de l'ordre des médecins [...] le droit de faire état de cette qualité ». Elle constate ensuite que les neuf médecins demandeurs ont tous été qualifiés de spécialistes en médecine générale selon la procédure en vigueur, et que « la seule condition pour qu'un médecin spécialiste bénéficie de la cotation CS est qu'il figure sur la liste des médecins spécialistes ».

Doctrine :

– **Accident du travail – rechute – Caisse primaire d’assurance maladie (CPAM)** (Note sous Cass. Civ. 2^{ème}, 8 janvier 2009, [n° 07-15676](#)) (Revue droit social, n° 4, 2009, p. 458) :

Note de T. Tauran sous l’arrêt de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation du 8 janvier 2009, intitulée : « *La rechute du salarié victime d’un accident du travail et le contentieux de l’opposabilité à l’employeur de la décision prise par la CPAM* ». En l’espèce, un salarié a été victime d’un accident du travail en 1993 et a subi quelques années plus tard une rechute. Il a donc présenté une déclaration de rechute à une CPAM qui a décidé de la prendre en charge au titre de la législation professionnelle. Insatisfait de cette décision, l’employeur a alors saisi la juridiction de sécurité sociale afin que la décision prise par la CPAM lui soit déclarée inopposable. La Cour de cassation a cependant donné raison à la Caisse. Au regard de cette décision, l’auteur souligne que dans le contentieux de l’opposabilité à l’employeur d’une décision prise par la CPAM, il est nécessaire d’accorder une place importante aux problèmes liés à la rechute de la victime à la suite d’un accident du travail. Il précise que pour tenter d’échapper à une majoration de ses cotisations sociales, l’employeur peut emprunter deux voies : soit il tente de démontrer que la rechute est dépourvue de lien avec l’accident du travail initial, soit il tente d’obtenir de la juridiction de sécurité sociale qu’elle déclare la décision de la CPAM de prise en charge de la rechute au titre de la législation professionnelle inopposable à l’entreprise. Selon lui, cette décision « *est intéressante à signaler dans la mesure où il reprend ces deux raisonnements* ».

– **Conseil constitutionnel – saisine – Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) – loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 (LFSS) – Décision du Conseil constitutionnel 2008-571 DC** (Revue droit social, n° 4, 2009, p. 450) :

Note de V. Bernaud intitulée : « *Le Conseil constitutionnel et la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009* ». L’auteur rappelle que la LFSS pour 2009 a fait l’objet d’une double saisine de la part des députés et des sénateurs à laquelle le Conseil constitutionnel a répondu le 11 décembre 2008 dans la décision 2008-571 DC. Cette saisine dénonçait la présence dans cette loi de dispositions étrangères à une LFSS et l’inconstitutionnalité de l’article 90 relatif au régime de la mise à la retraite. D’autre part, la saisine interrogeait le juge constitutionnel sur les dispositions de l’article 37 relatives aux cotisations afférentes au financement des avantages complémentaires propres aux professionnels de santé conventionnés. Le Conseil constitutionnel note que « *le pouvoir conféré au directeur de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie, établissement public de l’État, par la disposition contestée ne porte que sur la fixation de la participation des caisses aux cotisations d’assurance maladie d’une seule catégorie de professionnels et pour la seule année 2009* » et que cette disposition visait « *à rétablir cet équilibre et à préserver l’équilibre financier de la sécurité sociale* ». Par conséquent, il considère que l’article 37 n’est pas contraire à la constitution. Selon l’auteur, cette décision retient l’attention par le caractère souvent expéditif des explications du Conseil constitutionnel, « *qui s’est généralement contenté de procéder par affirmation sans démonstrations* ».

– **Action subrogatoire - Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - point de départ - dépense remboursée - [loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968](#)** (Chronique sous C.E. 26 septembre 2008, [n° 272690](#)) (La semaine juridique Administrations et collectivités territoriales, n° 15, avril 2009, p. 2083) :

Chronique de M.-L. Moquet- Anger intitulée : « *Action subrogatoire des caisses-Point de départ* ». L'auteur souligne que par cette importante décision, le Conseil d'Etat a précisé les conditions de mise en œuvre de la prescription en matière de dommages trouvant leur origine dans un acte médical et partant, a précisé les conditions d'exercice de l'action subrogatoire en cas de recours des caisses contre les établissements à l'origine du dommage. Le Conseil d'Etat a posé le principe selon lequel « *le délai de quatre ans prévu par la loi du 31 décembre 1968 court, en ce qui concerne les dépenses de santé remboursées à la victime par la caisse de sécurité sociale, avant la date de consolidation des dommages au premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les dépenses ont été exposées* ». Il en déduit qu'à la date de consolidation du dommage, « *le point de départ du délai de prescription de la créance au vu de la situation de la victime est, au même titre que les préjudices permanents résultant, pour la victime ou la caisse de sécurité sociale qui lui est subrogée, des conséquences de l'accident, le premier jour de l'année suivant celle de la consolidation* ». Selon l'auteur, par cette décision, la Haute assemblée a utilement précisé les conditions dans lesquelles la prescription est opposable aux caisses dans l'exercice de leur action subrogatoire « *en rendant une solution à la fois conforme au principe de la subrogation et équilibrée* ».

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

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

Imprimeur : Institut Droit et Santé, Université Paris Descartes, 45 rue des Saints-Pères, 75270 PARIS CEDEX 06
Parution du 16/04/2009.

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 mail) sont rigoureusement interdites.