

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 17 au 30 novembre 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Organisation hospitalière	page 2
Patient hospitalisé	page 5
Personnel	page 6
Responsabilité hospitalière	page 7
Réglementation sanitaire	page 9
Sécurité sociale	page 10
Publications	page 11

**Pôle de la Réglementation
Hospitalière et de la Veille
Juridique**

Hyda DUBARRY

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

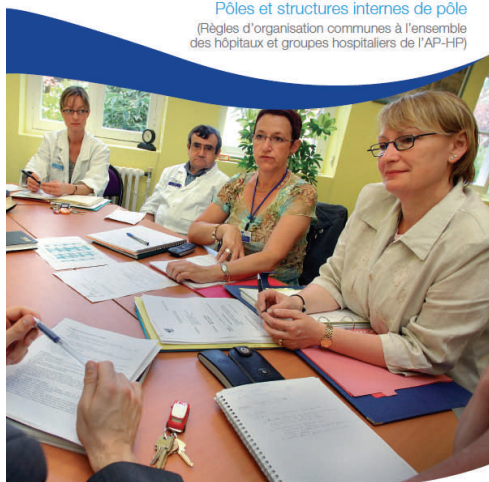
**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

ORGANISATION HOSPITALIÈRE

Organisations médicales au sein de l'AP-HP

Pôles et structures internes de pôle
(Règles d'organisation communes à l'ensemble
des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP)



ASSISTANCE
PUBLIQUE

HÔPITAUX
DE PARIS

Pôle et structures internes de pôle :

[Guide relatif à l'organisation médicale au sein de l'AP-HP : Pôle et structures internes de pôle – Règles d'organisation communes à l'ensemble des hôpitaux et groupes hospitaliers de l'AP-HP](#) – Septembre 2012 – « L'AP-HP a engagé un processus de réorganisation profonde de ses activités et de ses structures hospitalières, qui a entraîné en 2011, dans le cadre des orientations de son plan stratégique 2010-2014, la constitution de nouveaux groupes hospitaliers et une nouvelle configuration des pôles existants. La loi du 21 juillet 2009 «HPST» a confirmé le pôle hospitalo-universitaire comme l'élément structurant principal de l'organisation hospitalière aux plans médical, universitaire et de gestion. La fonction de « chef de pôle » a été redéfinie dans le sens d'un accroissement des responsabilités et de la composante managériale de la fonction. » Est abordé par ce guide l'organisation médicale en pôle mise en place à l'AP-HP, le management des pôles, le contrat de pôle, les délégations de gestion (Proposition de socle commun de responsabilité de gestion déléguée aux pôles) et la responsabilité du chef de pôle.

Bilan social - Etablissement public de santé - Document unique – Données chiffrées

[Décret n° 2012-1292 du 22 novembre 2012](#) portant modification du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière – Ce décret prévoit que le bilan social est un document unique récapitulant les principales données chiffrées permettant d'apprécier la situation de l'établissement dans le domaine social (informations relatives à l'emploi – aux rémunérations – à l'absentéisme – aux conditions de travail - conditions d'hygiène, de santé et de sécurité au travail ...) d'enregistrer les réalisations effectuées et de mesurer les changements intervenus. Ce bilan social est arrêté par le directeur de l'établissement, après avis des instances consultatives et avis du directoire avant une date prévue par arrêté, sans que cette date puisse être postérieure au 30 avril de l'année suivante. Le bilan social est adressé au directeur général de l'agence régionale de santé ou à l'autorité compétente en matière d'autorisation de l'établissement. Un arrêté pris par le ministre en charge de la santé fixera son contenu et le calendrier d'adoption par les instances consultatives sans que cette date puisse être postérieure au 15 avril de l'année suivante.

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM – Demande de renouvellement – Prorogation

Décision n° 2012-235 L du 22 novembre 2012 – Le Conseil constitutionnel a été saisi par le Premier ministre d'une demande tendant à ce qu'il se prononce sur la nature juridique des mots : « *de six mois* » figurant au premier alinéa du paragraphe II de l'article 35 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : « *II.-Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 peuvent être prorogés par voie d'avenant pour une durée maximale de six mois après la publication du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1 du même code.* » Le Conseil constitutionnel considère que la durée maximale pour laquelle les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens arrivant à échéance avant le 31 mars 2012 peuvent être prorogés par voie d'avenant ne met en cause ni les règles concernant « *la création de catégories d'établissements publics* », ni les principes fondamentaux de la libre administration des collectivités territoriales, ni ceux de la sécurité sociale, qui relèvent de la loi en vertu de l'article 34 de la Constitution, ni aucun des autres principes ou règles placés par la Constitution dans le domaine de la loi. Le Conseil constitutionnel considère que la fixation d'une telle durée a le caractère réglementaire et par conséquent décide que le 1^{er} alinéa du paragraphe II de l'article 35 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, les mots : « *de six mois* » ont le caractère réglementaire.

Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC – Budget - Financement

Arrêté du 8 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 15 mars 2012 fixant pour l'année 2012 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

Etablissements de santé – Campagne tarifaire – 2012

Circulaire n°DGOS/R1/2012/382 du 9 novembre 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé – Cette circulaire vise à préciser les conditions d'allocation aux établissements de santé des ressources complémentaires déléguées. Sont alloués 176,97 M€ supplémentaires, dont 148,72 M€ intégrés dans les dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) et 28,25 M€ intégrés dans les dotations régionales de l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM).

Plan grand froid - Dispositif d'accueil et d'hébergement – Adaptation du dispositif aux périodes d'urgence climatique – Pilotage, coordination et suivi du dispositif

Circulaire DGCS/1A/2012/369 du 23 octobre 2012 relative à la mobilisation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pendant l'hiver 2012-2013 – Cette circulaire précise la mise en œuvre de la mobilisation du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion durant l'hiver 2012-2013 dans le cadre de la politique en faveur du logement et de l'hébergement des personnes en situation d'exclusion. Est rappelé le rôle des services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), le dispositif de la mise à l'abri et de l'hébergement, la gouvernance ainsi que le suivi des mesures hivernales. Au-delà de la seule mise à l'abri, la circulaire rappelle que « *l'accueil des personnes qui ne fréquentent pas le dispositif le reste de l'année, doit être mis à profit pour réaliser un premier diagnostic de leur situation, vérifier leur accès effectif aux droits sociaux auxquels elles peuvent prétendre et enclencher une prise en charge adaptée.* »

Agences régionales de santé – Conseils de surveillance – composition – Fonctionnement :

[Décret n° 2012-1286 du 22 novembre 2012](#) relatif aux conseils de surveillance des agences régionales de santé – Le Conseil d'état, dans une décision du 15 mai 2012, avait annulé le décret n°2010-337 du 31 mars 2010 relatif aux conseils de surveillance de l'agence régionale de santé. Ce décret apporte donc un certain nombre de modification quant au fonctionnement des conseils de surveillance des ARS : adaptation de la composition du conseil de surveillance de l'ARS d'Ile-de-France, clarification des règles de suppléance des membres titulaires, attribution de deux suppléants aux membres avec voix délibérative représentant les collectivités territoriales et d'un suppléant aux représentants du personnel, élu au sein du comité d'agence, qui siègent avec voix consultative. Ce décret nomme, de façon dérogatoire, les membres des conseils de surveillance, ce afin d'assurer la continuité du fonctionnement des ARS.

Contrôle financier – AP-HP - Service du contrôle général économique et financier – Mission santé

[Arrêté du 23 novembre 2012](#) désignant la mission « santé » du service du contrôle général économique et financier pour exercer le contrôle prévu par l'article R. 6147-16 du code de la santé publique sur l'Assistance publique-hôpitaux de Paris



Conférence de presse DGOS/HAS



Etablissement de santé – Qualité et sécurité des soins – bilan – indicateurs

[Guide méthodologique HAS-DGOS « Pour une politique de transparence dans les établissements de santé : bilan, nouveautés et perspectives des indicateurs de qualité et de sécurité des soins »](#) – 26 novembre 2012 – Ce guide s'inscrit dans le cadre de la deuxième édition de la semaine de la sécurité des patients (du 26 au 30 novembre 2012). Le directeur général de l'offre de soins et le président de la Haute Autorité de Santé (HAS), ont restitué les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins 2011. Ce guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs a pour objet d'aider les différents acteurs de diffusion – professionnels de santé, institutions du système de santé, médias ou associations d'usagers, entre autres – à améliorer la qualité de leur communication et son impact auprès du public. Ce guide doit « *promouvoir une plus grande transparence ; augmenter ainsi le niveau d'information du public, mettre en lumière les variations de la qualité des soins entre prestataires, accroître l'implication des usagers dans leur prise en charge et les aider dans leur choix.* »

PATIENT HOSPITALISÉ

Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie

Magali Coldefy
Clément Nestrigue
Zeynep Or

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>

LES RAPPORTS DE L'IRDES
n° 1896 - novembre 2012

Rapport IRDES Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie – Novembre 2012 - Dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, la Direction de la recherche, des études et des statistiques (Drees) a participé à la construction d'un système d'information sur l'offre de soins hospitalière en psychiatrie dont l'objet est de « *dresser un portrait complet de la prise en charge hospitalière de la maladie mentale en France et des populations suivies.* » Ce système d'information s'appuie sur trois bases de données : le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), les Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP) et la Statistique annuelle des établissements (SAE). Ce rapport fait le point sur la diversité des pratiques en psychiatrie.

CNA 

 **Ministère de la Santé et de la Solidarité**

 **COMMISSION NATIONALE DE SANTÉ
ACCREDITATION**

Forum national des associations agréées en santé
8 novembre 2012

Synthèse des recommandations
- 16 novembre 2012 -

Faire converger les droits des usagers entre les secteurs sanitaires hospitaliers, ambulatoires, médico-social, domicile :

- définir des principes communs et des critères convergents pour la représentation des usagers du système de santé tout au long de leur parcours, dans les domaines : sanitaire, hospitalier et ambulatoire, médico-social et à domicile ;
- s'appuyer sur la jurisprudence de la procédure d'accréditation et l'expérience de la C.N.A.usup¹ pour proposer une évolution de la représentation des usagers de la santé (sanitaire, médico-social, ville, domicile), en tenant compte notamment des spécificités liées à la gestion des établissements... Un groupe de travail a été envisagé sur ce point.

Renforcer et préserver l'accès à la santé de toutes et de tous :

- mettre en place une véritable politique de prévention aux moyens adaptés et renforcés, indispensables à l'exercice des droits des usagers ;
- diminuer le non-recours aux services de santé et accroître la lisibilité et la transparence de l'offre de santé ;
- réexaminer les conditions d'attribution de la C.M.U.-C² et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.) pour éviter les effets de seuil et les positionner en lien avec le seuil de pauvreté ;
- organiser avec des représentants des populations cibles une information complète et un accompagnement sur l'accès aux droits sociaux et aux services, au plus près de leurs conditions de vie ;

¹ C.N.A.usup : Commission nationale d'accréditation des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

² C.M.U.-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Associations agréées en santé – Droits des usagers - Recommandations

Forum national des associations agréées en santé 8 novembre 2012 - Synthèse des recommandations – S'est tenue le 8 novembre 2012 la 4^e rencontre du Forum national des associations agréées en santé. Cette rencontre a abouti à la formulation de seize recommandations sur les cinq axes suivants : Faire converger les droits des usagers entre les secteurs sanitaires hospitaliers, ambulatoires, médico-social, domicile ; Renforcer et préserver l'accès à la santé ; Conforter la représentation des usagers ; Promouvoir et faire respecter les droits des usagers ; Renforcer la démocratie sanitaire.

PERSONNEL

Développement professionnel continu - DPC – Indemnisation - Participation

[Arrêté du 31 octobre 2012](#) relatif à l'indemnisation des membres des instances de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu – Cet arrêté fixe le montant des indemnités forfaitaires par vacation perçues par les représentants des professionnels de santé membres des instances de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (conseil de gestion, comité paritaire, conseil de surveillance et son bureau). Ce texte précise également que les représentants des professionnels de santé membres des commissions scientifiques (des médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et paramédicales) peuvent prétendre au versement d'une indemnité pour perte de ressources selon les mêmes conditions et les mêmes modalités que les membres des instances de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu.

Pédicures-podologues – Déontologie – Règles professionnelles

[Décret n° 2012-1267 du 16 novembre 2012](#) portant modification du code de déontologie des pédicures-podologues – Ce décret actualise les dispositions réglementaires du code de la santé publique constituant le code de déontologie des pédicures-podologues pour tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles et de l'évolution de la réglementation des ordres médicaux et paramédicaux. Ces modifications portent, notamment, sur les cabinets secondaires, la collaboration libérale, le bail commercial, les supports informatiques, les fraudes et abus de cotation ainsi que la complicité d'exercice illégal de la profession.

Adjoints des cadres hospitaliers – Examens professionnels – Composition du jury

[Arrêté du 12 novembre 2012](#) fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des examens professionnels permettant l'accès au corps des adjoints des cadres hospitaliers de la fonction publique hospitalière (premier et deuxième grade)

Assistants médico-administratifs – Examens professionnels – Composition du jury

[Arrêté du 12 novembre 2012](#) fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des examens professionnels permettant l'accès au corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (premier et deuxième grade)

Techniciens – Techniciens supérieurs hospitaliers – Examens professionnels – Composition du jury

[Arrêté du 12 novembre 2012](#) fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des examens professionnels permettant l'accès au corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers (premier et deuxième grade)

[Cour de cassation, 8 novembre 2012, n°11-23855](#) (stress au travail - faute inexcusable de l'employeur) - M. X a été victime le 4 septembre 2007 d'un infarctus du myocarde. Le caractère professionnel de cet accident a été irrévocablement reconnu et M. X a saisi une juridiction de la sécurité sociale d'une action en reconnaissance de la faute inexcusable de ses employeurs. Le Tribunal des affaires de sécurité sociale de Créteil au mois de juin 2010, puis la Cour d'appel de Paris en juin 2011, lui ont donné raison. Ses employeurs se pourvoient alors en cassation. La Cour de cassation retient l'analyse de la Cour d'appel de Paris et rejette leur pourvoi en considérant que *« l'arrêt retient qu'un employeur ne peut ignorer ou s'affranchir des données médicales afférentes au stress au travail et ses conséquences pour les salariés qui en sont victimes ; que l'accroissement du travail de M. X est patent sur les années précédant son accident ; que cette politique de surcharge, de pressions, d'objectifs inatteignables est confirmée par des attestations ; Que les Sociétés Y et Z n'ont pas utilement pris la mesure des conséquences de leur objectif de réduction des coûts en terme de facteurs de risque pour la santé de leurs employés et spécifiquement de M. X, dont la position hiérarchique le mettait dans une position délicate pour s'y opposer et dont l'absence de réaction ne peut valoir quitus de l'attitude des dirigeants de l'entreprise ; que l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur ne peut qu'être générale et en conséquence ne peut exclure le cas, non exceptionnel, d'une réaction à la pression ressentie par le salarié (...). Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel, appréciant souverainement la valeur et la portée des éléments de fait et de preuve produits aux débats, a pu déduire que les employeurs avaient ou auraient dû avoir conscience du risque encouru par leur salarié et n'ont pas pris les mesures propres à l'en préserver, de sorte que leur faute inexcusable était établie ».*

RESPONSABILITÉ HOSPITALIÈRE

[CEDH, 25 septembre 2012, n°19764/07](#) (articles 2 et 8 de la convention - responsabilité médicale) - En l'espèce, la Cour européenne des droits de l'homme déboute deux requérants (une mère et son enfant) qui invoquaient les articles 2 et 8 de la convention et alléguaient que le handicap dont le requérant est atteint a été causé par un défaut de traitement médical approprié lors de l'hospitalisation de la requérante autour de son accouchement, en particulier par la non observation par le personnel médical des normes en matière de soins aux nouveau-nés. Les requérants se plaignaient également de l'absence d'efficacité des procédures conduites par les instances internes polonaises en vue de l'élucidation des circonstances à l'origine du handicap du requérant. La CEDH déclare notamment que *« sur le terrain du droit à la vie, il a été jugé que les actes et omissions des autorités dans le cadre des politiques de santé publique peuvent, dans certaines circonstances, engager leur responsabilité sous l'angle du volet matériel de l'article 2. Toutefois, dès lors qu'un Etat contractant a fait ce qu'il fallait pour assurer un haut niveau de compétence chez les professionnels de la santé et pour garantir la protection de la vie des patients, on ne peut admettre que des questions telles qu'une erreur de jugement de la part d'un professionnel de la santé ou une mauvaise coordination entre des professionnels de la santé dans le cadre du traitement d'un patient en particulier suffisent en elles-mêmes à obliger un Etat contractant à rendre des comptes en vertu de l'obligation positive de protéger le droit à la vie qui lui incombait aux termes de l'article 2 de la Convention ».*

[Tribunal administratif de Paris, 5 novembre 2012, n°1017798/6-3](#) (défaut de surveillance - responsabilité) - En l'espèce, une patiente âgée de 89 ans, est conduite pour une consultation au service des urgences de l'hôpital Y le 29 juin 2010 à 8h10 par un agent de la maison de retraite dans laquelle elle est hébergée. Après que son absence ait été découverte à 12h15, la patiente a été ramenée dans l'après-midi à l'hôpital par les pompiers, qui l'ont secourue à la suite d'un accident de la circulation. Mme X, représentante de cette patiente, a saisi l'hôpital Y d'une demande indemnitaire préalable, demande rejetée par une décision du 6 août 2010. Mme X a alors saisi la juridiction administrative compétente. Le Tribunal administratif de Paris retient la responsabilité de l'établissement de santé en considérant qu'il « *résulte de l'instruction, en particulier du rapport d'expertise, que l'accompagnatrice de la patiente qui l'avait escortée à l'hôpital depuis la maison de retraite où elle est hébergée n'a quitté cette dernière qu'à la demande expresse de l'équipe médicale du service des urgences de l'hôpital Y ; que, compte tenu de ce que l'état pseudo-déméntiel de la patiente, selon les termes de l'expert, imposait qu'une présence constante fût maintenue à ses côtés pour prévenir le risque connu de fuite qu'elle présentait et qui s'est finalement réalisé, cette éviction de l'accompagnatrice de la requérante, sans que la surveillance permanente de cette dernière soit assurée par un membre du personnel hospitalier, est constitutive d'un défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier qui engage la responsabilité de l'hôpital Y* ».

[Tribunal administratif de Paris, 5 novembre 2012, n°1109961/6-3](#) (suivi de grossesse - responsabilité) - Mme X, alors âgée de 32 ans et enceinte de son second enfant s'est vu diagnostiquer un diabète gestationnel le 16 octobre 2009. Ce diabète a d'abord été traité par un régime alimentaire à compter du 13 novembre 2009 puis par insuline à partir du 11 décembre 2009. Le 21 décembre 2009, une échographie réalisée en urgence en raison de douleurs pelviennes et d'une absence de mouvement actif du fœtus depuis 24 heures a révélé le décès de celui-ci in utero. Après que ses demandes d'indemnisation auprès de la CRCI d'Ile de France et de l'hôpital Y aient été rejetées, Mme X a saisi le Tribunal administratif de Paris. Ce dernier rejette également sa requête en considérant notamment que « *il ne résulte pas de l'instruction, en particulier du rapport d'expertise remis à la CRCI d'Ile de France et dont les conclusions n'ont pas été, au cours de l'instance, contestées par les parties de façon suffisamment pertinente pour qu'une nouvelle expertise soit nécessaire, que le décès du fœtus que portait Mme X ait un lien de causalité direct et certain avec la prise en charge médicale dont elle faisait l'objet durant sa grossesse (...); qu'au demeurant, il résulte également de l'instruction que la pose du diagnostic de diabète gestationnel, le traitement mis en œuvre pour contrôler les glycémies et la surveillance du rythme cardiaque du fœtus, qui était encore tout à fait normal trois jours avant la date à laquelle la mort fœtale a été constatée, ont été conformes aux règles de l'art et aux données alors acquises de la science médicale (...); que, par voie de conséquence, la responsabilité de l'hôpital Y ne peut être engagée* ».

[Conseil d'Etat, 21 novembre 2012, n°344561](#) (vaccination - hépatite B - reconnaissance) - En l'espèce, dans le cadre de l'obligation vaccinale liée à son activité professionnelle, M. X a subi deux injections d'un vaccin anti-hépatite B en décembre 1994 et février 1995. Il a par la suite constaté une augmentation de ses douleurs musculaires et présenté un état de faiblesse généralisée, une fatigue chronique, des douleurs articulaires, des troubles du sommeil, puis des troubles cognitifs. Une biopsie réalisée en 2002 a mis en évidence des lésions de myofasciite à macrophages à l'emplacement des injections vaccinales. M. X a été placé par son employeur à compter du 1er avril 2008 en congé de maladie ordinaire. Le 6 octobre 2010, le Tribunal administratif de Paris a annulé pour excès de pouvoir cette décision administrative. Le Conseil d'Etat retient quant à lui qu'« *il ne ressort pas des pièces du dossier que dans le dernier état des connaissances scientifiques, et alors même que cet état serait postérieur aux décisions attaquées, la probabilité d'un lien entre les injections d'un vaccin contenant de l'aluminium, la présence de lésions musculaires caractéristiques à l'emplacement des injections et la combinaison de fatigue chronique, douleurs articulaires et musculaires, troubles du sommeil et troubles cognitifs, symptômes de la myofasciite à macrophages, soit très faible.*» Il revient ainsi sur sa jurisprudence datant du mois de mars 2008 par laquelle il estimait que l'état des connaissances scientifiques considérait alors comme « très faible » la probabilité d'un lien entre l'injection de vaccins à adjuvants aluminiques et la myofasciite à macrophages.

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE 
Rapport 20 novembre
2012

PHARMACOVIGILANCE

Actualités et perspectives

Jean-Louis Montastruc et Jean-Paul Tillement

En nom de la commission II de l'Académie Nationale de Médecine

Membres de la Commission II

ayant participé à l'élaboration de ce rapport

Daniël Bouzon - Jean-Paul Bouhours - Gilles Bourvenot (Secrétaire) - Catherine Buffet - Pierre Delavau - Elisabeth Elieff - Jean-Paul Girard - Eliza Gombier - Jean-Pierre Goullé - Pierre Jullien - Pierre Joly - Yves Julliet - Michel Lhermitte - Charles-Joël Menckès - Jean-Louis Montastruc - Patrice Quessu - Jean-Paul Tillement (Président) - Richard Tréves
Jean Doucet : invité permanent

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt avec le contenu de ce rapport. Le Professeur Jean-Louis Montastruc est responsable du Centre Médico-Pyrexique de Pharmacovigilance, de Pharmacopidémologie et d'Informations sur le Médicament. Le Professeur Jean-Paul Tillement a été le chef de service de Pharmacologie de Paris 12 Créteil incluant le Centre Régional de Pharmacovigilance de Paris-Val de Marne

Pharmacovigilance – Académie de médecine – Rapport

[Rapport de l'Académie de médecine relatif à la pharmacovigilance « Actualités et perspectives »](#) - Novembre 2012 - Dans le contexte de la loi du 29 décembre 2011 « relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé », l'Académie de médecine publie ce rapport relatif à la pharmacovigilance. Il rappelle la place importante de la pharmacovigilance dans l'évaluation des médicaments et la surveillance de leurs effets. Il présente les différentes méthodes utilisées en pharmacovigilance et formule un certain nombre de propositions pour renforcer l'efficacité de la pharmacovigilance, donc la sécurité des patients.

SÉCURITÉ SOCIALE

Cour de cassation Chambre criminelle, 16 octobre 2012 n°12-80.441 (victime de violence - réparation - préjudice personnel) - M. X, reconnu coupable de violences légères, a été condamné par la chambre correctionnelle de la Cour d'appel de Pau le 8 décembre 2011, à verser une amende de 200 euros à sa victime. M. Y, victime et partie civile, a demandé par ailleurs la réparation des souffrances physiques et morales qu'il avait subies du fait de la commission de cette infraction. La Cour d'appel de Pau, après avoir relevé que « *ces demandes, relatives au préjudice personnel, ne pouvaient être écartées au motif que l'organisme social n'avait pas été appelé en la cause* », lui a alloué deux indemnités d'un montant de 100 euros chacune. M. X se pourvoit alors en cassation. La Cour de cassation rejette son pourvoi au motif que « *dès lors que la mise en cause de l'organisme social prescrite par l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale ne s'impose pas pour les postes de préjudice exclus, comme en l'espèce, de l'assiette du recours de cet organisme, la cour d'appel a justifié sa décision* ». Pour mémoire, l'article L. 376-1 du Code de la sécurité sociale prévoit que « lorsque, sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, la lésion dont l'assuré social ou son ayant droit est atteint est imputable à un tiers, l'assuré ou ses ayants droit conserve contre l'auteur de l'accident le droit de demander la réparation du préjudice causé, conformément aux règles de droit commun, dans la mesure où ce préjudice n'est pas réparé par application du présent livre.

Les caisses de sécurité sociale sont tenues de servir à l'assuré ou à ses ayants droit les prestations prévues par le présent livre, sauf recours de leur part contre l'auteur responsable de l'accident dans les conditions ci-après. Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel (...) »

PUBLICATIONS AP-HP

Retrouvez ces documents en version cliquable sur notre site Internet :
<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

