

ACTUALITÉ JURIDIQUE

du 2 au 16 mars 2012

SOMMAIRE

Site Internet de la DAJ

<http://affairesjuridiques.aphp.fr>

Droits du patient	page 2
Réglementation sanitaire	page 4
Personnel	page 6
Organisation des soins	page 7
Organisation hospitalière	page 8
Responsabilité médicale	page 8
Informatique	page 10
Publications	page 11

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

Hyda DUBARRY

Clémence DULIERE

Ahmed EI DJERBI

Gislaine GUEDON

Sabrina IKDOUMI

Frédérique LEMAITRE

**Marie-Hélène ROMAN-
MARIS**

Audrey VOLPE

DROITS DU PATIENT

[Fiches pratiques relatives à la loi du 5 juillet 2011](#) sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques - [La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011](#) a modifié les conditions de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. La DAJ met en ligne une quinzaine de fiches pratiques visant à présenter les principaux changements opérés par cette loi et les modalités de sa mise en œuvre (par exemple s'agissant des droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, du contrôle de l'autorité judiciaire ou des certificats médicaux et de la qualité du certificateur).



N° 4402

ASSEMBLÉE NATIONALE
CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TROISIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. Serge BLISKO et Guy LEFRAND,

Députés.

[Synthèse du rapport de S. BLISKO et G. LEFRAND](#) sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques - [Ce rapport](#) fait une analyse du contenu des dispositions réglementaires et revient sur les six premiers mois de mise en œuvre de la loi du n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux soins et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Il se compose de deux parties : la première fait état des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de la nouvelle législation ; la seconde partie formule huit propositions d'amélioration de ces dispositions, prises sur la base des auditions qui ont été menées et des observations que les rapporteurs ont effectuées lors de leurs déplacements.

Jurisprudences

[Cour d'appel de Poitiers, 23 janvier 2012](#) (Soins psychiatriques sous contrainte – Loi du 5 juillet 2011 – Programme de soins – Echec – Réintégration – Hospitalisation complète) - Une patiente admise en soins à la demande d'un tiers bénéficiant d'un programme de soins a vu son mode de prise en charge modifié au motif qu'il ne permettait plus de lui dispenser les soins psychiatriques nécessaires à son état. Au vu d'un certificat médical circonstancié d'un psychiatre, le directeur du centre hospitalier concerné a prononcé une décision modifiant la forme de la prise en charge de cette patiente en procédant à sa réadmission en hospitalisation complète. Le juge des libertés et de la détention (JLD) qui a été amené à se prononcer dans le cadre de sa saisine systématique a prononcé la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète en raison de l'absence des certificats médicaux devant être établis dans les 24 heures et dans les 72 heures suivant l'admission.

Or, la Cour d'appel considère que « *contrairement à ce qu'a retenu le premier juge, la décision du directeur du centre hospitalier ne constituait pas le point de départ d'une nouvelle période d'hospitalisation complète mais n'était qu'une modification de la prise en charge de [la patiente] après proposition (...) d'hospitalisation complète dite de « réintégration » de la part du psychiatre chargé de cette prise en charge et ce conformément aux articles L. 3211-2-1 alinéa 3 et L. 3211-11 du Code de la santé publique, de sorte qu'il n'avait pas lieu à établissement des certificats prévus par l'article L. 3211-2-2 du Code de la santé publique. Attendu en conséquence qu'infirmant l'ordonnance déférée, il y a lieu de dire que la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'hospitalisation complète prise (...) le 22 décembre 2011 par le directeur du Centre hospitalier (...) reprendra effet jusqu'à nouvelle décision* ».

[Cour d'appel de Montpellier, 12 janvier 2012](#), n° 2012-11 (Soins psychiatriques – Loi du 5 juillet 2011 – Réintégration – Hospitalisation complète – Fugue) - En l'espèce, un patient admis en soins sur décision du représentant de l'Etat ne respectait pas les mesures indiquées dans son programme de soins et a donc fait l'objet d'un arrêté préfectoral portant réadmission en hospitalisation complète alors même qu'il était en fugue. Il est indiqué dans l'exposé des motifs que le ministère public a fait valoir que la saisine du JLD était sans objet dès lors que le patient est en fugue de l'établissement où le programme de soins devait être mis en œuvre et qu'il appartenait à l'autorité administrative de faire inscrire au fichier des personnes recherchées le patient en application de l'article 2 III 6° du décret n° 2010-569 du 28 mai 2010 et de ressaisir le JLD dans le délai légal dès lors que la mesure d'hospitalisation complète sous contrainte sera redevenue effective.

Les juges du fond considèrent que le patient, n'ayant pas réintégré l'hôpital, « *ne se trouve pas sous surveillance médicale constante en hospitalisation complète, mais bien en fuite de l'hôpital* » que ce soit lorsque le préfet saisit le juge ou lorsque le juge statue. Elle précise que « *nonobstant l'arrêté préfectoral de réadmission en hospitalisation complète, la mission du juge étant de statuer sur une mesure privative de liberté effective et non à venir, aucun élément nouveau n'étant en outre produit en cause d'appel sur la situation du patient, la demande intitulée de maintien d'une hospitalisation complète, qui ne correspond pas aux faits, est sans objet* ».

[Cour d'appel de Rouen, 21 novembre 2011](#) (Soins psychiatriques sous contrainte – Loi du 5 juillet 2011 – Programme de soins – Echec – Réintégration – Hospitalisation complète) - Dans les faits, il s'agissait d'un patient admis en soins sur décision du représentant de l'Etat et pris en charge dans le cadre d'un programme de soins. Un arrêté préfectoral est venu modifier la forme de sa prise en charge en portant réadmission en hospitalisation complète. Dans le cadre de son contrôle de plein droit, le JLD a prononcé la mainlevée de l'hospitalisation complète au motif qu'en l'absence des certificats médicaux des 24h, des 72h et de huitaine, il convenait d'ordonner la mainlevée de l'hospitalisation complète, l'avis conjoint de deux psychiatres n'étant pas suffisant pour justifier la mesure.

La Cour d'appel a estimé que les certificats médicaux des 24h, des 72h et de huitaine « sont obligatoires lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques et précise que dès son admission en soins psy le patient hospitalisé fait l'objet d'une période d'observation de 72 heures à l'issue de laquelle le préfet prend une décision sur la nature de la pris en charge, soit hospitalisation complète, soit programme de soins ». Elle précise qu'« au cours de la mesure de soins psy, les modalités de la prise en charge peuvent faire l'objet de modifications, ainsi, le contenu du programme de soins peut être modifié, sans que cette décision sur la prise en charge n'ait d'influence sur la continuité de la mesure de soins psychiatriques prise initialement ». Ainsi, elle considère qu'« il n'y avait pas lieu à établissement des certificats prévus par l'article L. 3211-2-2 (24h et 72h) et le passage devant le JLD était motivé par le fait que le patient avait fait l'objet d'une mesure privative de liberté et non par une première mesure d'admission en soins psychiatriques ».

[Chambre disciplinaire du Conseil national de l'ordre des médecins, 20 janvier 2012](#) (Secret professionnel - site internet - faute) - En l'espèce, une patiente a saisi le Conseil de l'ordre après qu'elle ait découvert, par l'intermédiaire de son fils, sur un site internet son dossier médical nominatif de l'IRM qu'elle a subie, y compris les clichés réalisés par les manipulateurs radio et le compte rendu d'examen établi par le Docteur S. Elle reproche à ce dernier un manquement à ses obligations de respect du secret professionnel.

Ce médecin exerce dans le cadre d'une société d'imagerie libérale, associée à un GIE (groupement d'intérêt économique) administrant une IRM par l'intermédiaire d'une société civile de moyens regroupant des radiologues libéraux. Alerté par la plainte de sa patiente, le radiologue avait demandé au directeur du GIE de prendre immédiatement des mesures adéquates, « *étant choqué d'apprendre qu'en ouvrant le dossier d'IRM des informations personnelles sur la patiente puissent être lues par tout le monde* » et en rappelant que cela s'était fait sans son autorisation. A la suite de cette réaction, le site internet avait été supprimé.

Ce radiologue a été sanctionné par une chambre disciplinaire de première instance du Conseil de l'ordre de l'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois avec sursis. Il fait donc appel devant la chambre disciplinaire nationale. Celle-ci annule la décision de la chambre disciplinaire de première instance en considérant que le médecin « *ne saurait être regardé comme responsable, même partiellement, du préjudice* ».

grave et inadmissible subi" par la patiente. La chambre disciplinaire nationale relève notamment que le praticien ignorait totalement l'existence du site internet litigieux, alimenté par des manipulateurs radio "sans consultation des médecins radiologues" et souligne que les manipulateurs étaient "les seuls à disposer des codes informatiques et des accès autorisés aux données médicales".

RÉGLEMENTATION SANITAIRE

Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine – Adopté à l'issue de travaux parlementaires qui ont duré plus de trois ans (la proposition de loi avait été enregistrée à l'Assemblée nationale en janvier 2009), ce texte donne désormais un cadre juridique unique divisé en trois catégories de recherches impliquant la personne humaine. En considération du niveau de risque encouru, ces trois catégories sont 1° les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle, 2° les recherches interventionnelles qui ne portent pas sur des médicaments et ne comportent que des risques et des contraintes minimales, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, 3° les recherches non interventionnelles dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance. Ces trois catégories de recherches seront soumises à l'autorisation d'un Comité de protection des personnes (CPP). Par ailleurs la loi simplifie le régime d'autorisation et de déclaration des recherches utilisant des collections d'échantillons biologiques humains. Elle instaure également une Commission nationale des recherches sur la personne humaine, placée auprès du ministre de la santé. Cette commission sera chargée d'assurer la coordination, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques des CPP.

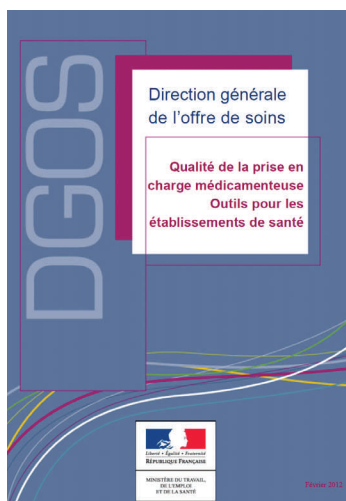
Décret n° 2012-360 du 14 mars 2012 relatif aux procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation – Ce décret vient préciser les critères et les modalités d'inscription sur la liste des procédés autorisés d'assistance médicale ainsi que les conditions dans lesquelles une technique modifiant ces procédés peut être mise en œuvre. Ces critères portent notamment sur le respect des principes fondamentaux de la bioéthique prévus en particulier aux articles 16 à 16-8 du code civil, l'efficacité, la reproductibilité du procédé ainsi que la sécurité de son utilisation pour la femme et l'enfant à naître.

Arrêté du 23 février 2012 définissant les modalités de la formation des travailleurs à la prévention des risques liés à l'amiante – Sont notamment définies par ce texte les modalités de la formation et de son renouvellement périodique, selon les différentes catégories de travailleurs à la prévention des risques liés à l'amiante concernés (encadrement technique, encadrement de chantier, opérateur).

Arrêté du 6 février 2012 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique - Cet arrêté a pour objet de publier les modèles des formulaires devant être utilisés par les médecins déclarants pour la déclaration obligatoire des mésothéliomes.

[Circulaire n° DGOS/RH4/2012/80 du 17 février 2012](#) relative à la formation des personnels des maternités à la prévention et à la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes - Cette circulaire rappelle aux établissements de santé, publics et privés, comportant une maternité, l'importance de mettre en place pour leurs personnels des actions de formation relatives à la prévention du tabagisme actif et passif chez les femmes enceintes. Une information adaptée relative aux risques que le tabac fait courir au fœtus doit être délivrée aux mères et à leur conjoint pendant cette période privilégiée qu'est la grossesse.

[Circulaire n° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012](#) relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé – Cette circulaire vient en accompagner la mise en œuvre de [l'arrêté du 6 avril 2011](#) relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.



Guide DGOS « [Qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé](#) » - Ce guide de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé est destiné aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du patient en établissement de santé, y compris en hospitalisation à domicile. Élaboré à partir des outils et bonnes pratiques existantes, proposées par différentes institutions et opérateurs de santé nationaux et internationaux, ce guide a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients, sécuriser le circuit en réduisant les erreurs évitables à chaque étape, améliorer l'efficacité et l'organisation du circuit tant au niveau des unités de soins que de la pharmacie à usage intérieur, dans l'intérêt du patient et le respect de la réglementation.

[Instruction n° DGOS/PF2/2012/93 du 10 février 2012](#) relative à la participation des établissements de santé à l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales 2012, et informant des grandes actions programmées en 2012 sur la sécurité des soins

PERSONNEL

[Loi n° 2012-347 du 12 mars 2012](#) relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique – Cette loi vise notamment à répondre aux situations de précarité rencontrées par certains agents publics qui n'ont pu accéder à l'emploi titulaire ni bénéficier d'une transformation de leur contrat en contrat à durée indéterminée (CDI). Des voies professionnalisées d'accès aux corps et cadres d'emplois pourront ainsi être spécifiquement ouvertes pour ces agents, pendant une durée de quatre ans à compter de la publication de la présente loi, pour favoriser leur accès à l'emploi titulaire. En complément, un CDI devra être obligatoirement proposé à ceux de ces agents qui justifient notamment d'une durée de service d'au moins six ans auprès de leur employeur à la date de publication de la présente loi.

Par ailleurs afin de lutter contre la reconstitution de l'emploi précaire dans la fonction publique et améliorer les perspectives professionnelles des agents contractuels, la loi vient clarifier les dispositions du statut général des fonctionnaires relatives aux cas de recours au contrat, à la durée des contrats et aux conditions de leur renouvellement.

Cette loi comporte en outre des dispositions relatives à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, ainsi que sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique. La mise en œuvre de ces mesures respectives fera désormais l'objet d'un rapport spécifique présenté au Conseil commun de la fonction publique.

[Arrêté du 8 mars 2012](#) modifiant l'arrêté du 23 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap

[Arrêté du 1er mars 2012](#) relatif à la composition des commissions de qualification et à la procédure de qualification des pharmaciens en biologie médicale

[Circulaire n° DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012](#) relative à la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière – Cette circulaire rappelle le contexte réglementaire concernant la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière. Elle appelle également l'attention des établissements sur la nécessité d'optimiser les processus de collecte et d'exploitation des données relatives aux maladies professionnelles et aux accidents de travail.

[Circulaire du 24 février 2012](#) relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics civils et militaires (application des dispositions de l'article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012) – Cette circulaire vient notamment préciser les personnels concernés par cette mesure, les situations auxquelles s'applique le jour de carence ainsi que les modalités du suivi et du bilan de sa mise en œuvre.

Jurisprudence

[Cour de cassation, 25 janvier 2012, n°10-26237](#) (envoi de préavis de grève successifs - licéité) - En l'espèce, un syndicat adresse à son employeur plusieurs préavis de grève successifs pour le même motif. L'établissement privé poursuivant une mission de service public concerné a saisi le juge des référés du tribunal de grande instance, lequel a suspendu, par une ordonnance du 27 novembre 2009, les effets de 4 préavis de grève.

La Cour d'appel d'Aix en Provence a rendu un arrêt le 9 septembre 2010 par lequel elle confirme l'ordonnance du TGI et retient que " *si aucune disposition légale n'interdit l'envoi de préavis de grève successifs, dès lors qu'aucun manquement à l'obligation de négocier n'est imputable au syndicat, c'est à la condition toutefois qu'ils mentionnent des motifs différents*".

La Cour de cassation casse et annule cet arrêt en considérant que "*l'envoi de préavis de grève successifs pour le même motif ne caractérise aucun trouble manifestement illicite en l'absence de disposition légale l'interdisant et à défaut de manquement à l'obligation de négocier*".

ORGANISATION DES SOINS

[Arrêté du 23 février 2012](#) fixant les conditions permettant de justifier d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie prévues à l'article D. 6124-181 du code de la santé publique

Plan Psychiatrie
et Santé mentale

2011-2015


[Synthèse](#) du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 - Inscrit dans le cadre du Pacte européen, le [plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015](#) (PPSM) est le premier plan de santé publique postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des politiques de santé portée par la loi HPST du 21 juillet 2009. Il s'agit d'un plan de nouvelle génération qui pose un cadre stratégique afin notamment de servir de référence à tous les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale ; la déclinaison opérationnelle sera réalisée au niveau régional, pilotée et formalisée par les agences régionales de santé (ARS). Cette synthèse présente les éléments essentiels des 3 parties du PPSM : la première concerne l'exposé des motifs, la seconde traite des objectifs collectifs : « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques » et la troisième précise le mode opératoire du plan et la traduction des objectifs collectifs en des changements concrets.

ORGANISATION HOSPITALIÈRE



FICHES RÉFLEXES
sur la conduite à tenir dans les situations de VIOLENCE
en établissements publics, sanitaire et médico-social

[Fiches réflexes de la FHF et de la DGOS](#) sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissements publics, sanitaire et médico-social - La Fédération Hospitalière de France et la Direction Générale de l'Organisation et des Soins (DGOS), au travers de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), ont réalisé ce « kit réflexe » composé de fiches techniques ayant pour objectif de communiquer des actions réflexe, d'une part aux équipes d'encadrement confrontées à des soignants ou des patients victimes de violence, d'autre part aux victimes elles-mêmes.



[Arrêté du 1er mars 2012](#) fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs de la facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie ainsi que le périmètre de facturation concerné par l'expérimentation pour chacun de ces établissements de santé

[Instruction n° 12-006-M0 du 8 février 2012](#) relative aux comptes de gestion et financiers des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics de santé

[Circulaire n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2012/82 du 15 février 2012](#) relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

Rapport de l'Académie nationale de médecine « [Signalement des événements indésirables en médecine – Protection juridique](#) » - Le signalement des événements indésirables (EI) en médecine et l'exploitation de l'erreur sont à la base de la gestion des risques dans les établissements de soins. L'Académie nationale de médecine présente des recommandations en la matière visant le bon développement de la politique de qualité-sécurité des soins.

Décret n° 2012-298 du 2 mars 2012 modifiant le dispositif de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales – Ce décret précise les conditions dans lesquelles plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation peuvent être créées dans une même région et supprime en conséquence la mention de leur caractère régional dans leur dénomination. Il adapte, par ailleurs, certaines conditions de fonctionnement de ces commissions ainsi que, lorsque sont en cause des dommages liés à des recherches biomédicales, les procédures conduites devant celles-ci.

Le décret vient préciser également les relations de la Commission nationale des accidents médicaux avec les commissions d'indemnisation et fixe les conditions dans lesquelles la commission nationale peut accéder à des données couvertes par le secret médical pour l'exercice de ses missions. Il supprime, en outre, les fonctions de commissaire du Gouvernement auprès de la commission nationale.

Jurisprudences

Conseil d'Etat, 13 février 2012, n° 331348 (maladie imputable à une vaccination) - Mme T, atteinte d'une sclérose en plaques qu'elle impute à la vaccination contre l'hépatite B qu'elle a reçue en tant qu'agent hospitalier, a recherché la responsabilité sans faute de l'Etat au titre des dommages causés par les vaccinations obligatoires. Le Ministre chargé de la santé, après avis de la commission d'indemnisation placée auprès de l'ONIAM a refusé de lui accorder une indemnité à ce titre. Le Tribunal administratif de Limoges a, le 20 novembre 2008, rejeté ses conclusions indemnitaires. La Cour administrative d'appel de Bordeaux a également rejeté sa requête. Mme T se pourvoit alors en cassation.

La cour rejette sa demande et, après avoir constaté que les symptômes de la maladie de Mme T sont apparus 8 mois après la 1ère injection, ou 4 mois après la dernière, considère que l'imputation de la maladie à la vaccination ne peut être regardée comme établie eu égard aux délais écoulés entre les injections du vaccin et l'apparition des symptômes de la maladie.

Conseil d'Etat, 17 février 2012, n° 331277 (vaccination contre l'hépatite B - facteur aggravant de l'état de santé - responsabilité) - Mme A a subi, dans le cadre de l'obligation vaccinale liée à son activité professionnelle, trois injections d'un vaccin anti-hépatite B ; qu'ayant développé une sclérose en plaques, elle a recherché la responsabilité de l'Etat à raison de cette affection qu'elle impute à la vaccination obligatoire. Le Ministre chargé de la santé a estimé que *"la vaccination pouvait être considérée comme un facteur aggravant de l'état de santé"* de Mme A et lui a proposé une rente annuelle viagère de 60 000 francs. Estimant ce montant insuffisant, Mme A a saisi le Tribunal administratif de Toulouse d'une demande d'indemnisation de ses préjudices qui a rejeté sa demande. Elle se pourvoit en cassation contre l'arrêt du 30 juin 2009 de la Cour administrative d'appel de Bordeaux qui a confirmé le rejet de sa demande par le Tribunal administratif.

La Cour casse et annule l'arrêt en date du 30 juin 2009 pour les motifs suivants : *"considérant que le fait qu'une personne ait manifesté des symptômes d'une sclérose en plaque antérieurement à la vaccination contre l'hépatite B qu'elle a reçue n'est pas, par lui-même, de nature à faire obstacle à ce que soit recherchée l'imputabilité de l'aggravation de cette affection à la vaccination ; que le lien direct entre la vaccination et l'aggravation de la pathologie doit être regardé comme établi lorsque des signes cliniques caractérisés d'aggravation sont apparus dans un bref délai à la suite d'une injection et que la pathologie s'est, à la suite de la vaccination, développée avec une ampleur et un rythme qui n'étaient pas normalement prévisibles au vu des atteintes que présentait la personne antérieurement à celle-ci"*.

INFORMATIQUE

[Arrêté du 23 décembre 2011](#) modifiant l'arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS)

PUBLICATIONS AP-HP

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

