

	Le droit pour les professionnels de santé 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

✧ Législation interne / européenne

- Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires, JO du 24 juillet 2016

Décret pris en application de l'article 75 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le décret procède aux modifications de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique relatif à la régulation de l'accès à la permanence des soins ambulatoires rendues nécessaires par l'instauration du **numéro national de la permanence des soins ambulatoires**.

Ce numéro est le **n° 116 117**, numéro réservé à la mission de permanence des soins ambulatoires. L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15).

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Les médecins volontaires participent à l'activité de régulation médicale des appels dans les conditions définies par ce cahier des charges

Le texte entre en vigueur à la date de mise en service du numéro national de permanence des soins, constatée par arrêté du ministre chargé de la santé, et au plus tard dans un délai de six mois suivant la publication du décret.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032928958&dateTexte=&categorieLien=id>

- Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel, JO du 22 juillet 2016

1. Le décret détermine les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilitées à échanger et partager avec les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique des informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage.

Article R. 1110-2 du CSP : *Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :*

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

a) Assistants de service social

b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i> 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles

d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code

e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code

f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code

g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention

h) Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie

i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.

2. Le décret tire également les conséquences des nouvelles modalités d'accès aux informations de santé d'une personne après son décès, applicables aux concubins et partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Le terme « tuteur » est remplacé par « la personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter »

Art. R. 1111-1 du CSP : *L'accès aux informations relatives à la santé d'une personne, mentionnées à l'article L. 1111-7 et détenues par un professionnel de santé, un établissement de santé ou un hébergeur agréé en application de l'article L. 1111-8, est demandé par la personne concernée, son ayant droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité en cas de décès de cette personne, la personne ayant l'autorité parentale, la personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter ou à l'assister ou, le cas échéant, par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.*

Art. R. 1111-7 du CSP : *L'ayant droit, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité d'une personne décédée qui souhaite accéder aux informations médicales concernant cette personne, dans les conditions prévues au septième alinéa de l'article L. 1110-4 doit préciser, lors de sa demande, le motif pour lequel elle a besoin d'avoir connaissance de ces informations. Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé.*

3. Le décret modifie les règles applicables aux mineurs faisant l'objet d'une prise en charge sanitaire et qui refusent que le consentement de leurs parents soit recueilli.

Art. R. 1111-6 du CSP : *La personne mineure qui souhaite garder le secret sur une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 peut s'opposer à ce que le médecin ou la sage-femme qui a pratiqué une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement ou une*

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i> 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet.

La personne mineure qui souhaite garder le secret sur une action de prévention, un dépistage ou un traitement dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5-1 peut s'opposer à ce que l'infirmier qui a pratiqué cette action de prévention, ce dépistage ou ce traitement communique aux titulaires de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet

Le médecin, la sage-femme ou l'infirmier fait mention écrite de cette opposition.

Tout médecin, sage-femme ou infirmier saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922455>

- Décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins, JO du 22 juillet 2016

Décret pris pour l'application de l'article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Rappel : l'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Objet : le présent décret a pour objet de définir la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles les professionnels sont réputés être membres d'une équipe de soins.

Art. D. 1110-3-4 du Code de la santé publique : Les structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale mentionnées au 1° de l'article L. 1110-12 sont les suivantes :

- 1° Les groupements hospitaliers de territoire ;
- 2° Les fédérations médicales inter-hospitalières ;

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i> 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

3° Lorsqu'ils ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes, les groupements de coopération sanitaire et les groupements de coopération sociaux et médico-sociaux, ainsi que les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique ;

4° Les maisons et les centres de santé ;

5° Les sociétés d'exercice libéral et toute autre personne morale associant des professionnels de santé libéraux, lorsqu'elles ont pour objet la prise en charge médicale coordonnée de personnes ;

6° Les organisations mises en œuvre dans le cadre des protocoles de coopération prévus aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3 ;

7° Les plateformes territoriales d'appui mentionnées à l'article L. 6327-2 ;

8° Les réseaux de santé mentionnés aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 ;

9° Les coordinations territoriales mises en œuvre en application de l'article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 ;

10° Les équipes pluridisciplinaires prévues à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles et les équipes médico-sociales intervenant au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-6 du même code.

Le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032922503&dateTexte=&categorieLien=id>

- **Ordonnance n°2016-697 du 15 juillet 2016** prise par le Président de la République, le Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé, le garde des sceaux, ministre de la justice et la ministre des outre-mer, relative à la **coordination du système d'agences sanitaires nationales, à la sécurité sanitaire et aux accidents médicaux**, JO du 16 juillet 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2016/7/15/AFSP1614796R/jo/texte>

- **Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016** pris par le Premier ministre, la ministre des affaires sociales, le ministre des finances et des comptes publics et le ministre de la défense relatif à **l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé**, JO du 10 juillet 2016.

Ce texte est pris pour l'application de l'article 114 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le décret précise les modalités de mise en œuvre par les professionnels de santé de leur obligation de développement professionnel continu.

Il précise également les missions des conseils nationaux professionnels ainsi que les missions et les instances de la nouvelle Agence nationale du développement professionnel continu.

Il recentre le rôle des commissions scientifiques indépendantes sur l'évaluation des actions proposées par les organismes préalablement enregistrés auprès de l'agence.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9E99BA6CEBFD2FD79BA9323A25CF467.tpdila16v_3?cidTexte=JORFTEXT000032862648&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000032862325

- **Décret n°2016-914 du 4 juillet 2016** pris par le Premier ministre et la ministre des affaires

	Le droit pour les professionnels de santé 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

sociales et de la santé relatif au **dossier médical partagé**, JO du 5 juillet 2016.

Le présent décret est pris pour l'application de l'article 96 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le texte définit les modalités de création et de clôture du dossier médical partagé, le recueil du consentement du titulaire, les éléments d'information contenus dans le dossier médical partagé afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Il définit les conditions d'accès en lecture et d'alimentation du dossier par les différents acteurs de la prise en charge des patients ainsi que les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles.

Il précise également le rôle et le champ d'intervention de la CNAMTS, notamment au travers de la définition des procédures techniques et organisationnelles pour la mise en œuvre du dossier médical partagé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte>

- **Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016** pris par le Premier ministre et la ministre des affaires sociales et de la santé relatif aux **fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes**, JO du 6 juillet 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032848079>

✧ Jurisprudence

-

✧ Doctrine

1. R. Boinier : « Responsabilité du médecin gynécologue pour défaut de suivi ». Note sous CA Angers, 1^{er} mars 2016, n°13/03254, *JCP Générale*, n°25, 20 juin 2016, p. 730

L'auteur questionne la nature de l'obligation entre le médecin et le patient. Le mot « *profane* », utilisé par la Cour d'appel, pourrait démontrer un retour vers le passé : « *il est permis de s'interroger sur l'emploi de ce terme, utilisé surtout en matière contractuelle, qui inciterait à faire une différence avec le patient averti* ». En l'espèce, la Cour d'appel indique qu'« *il ne peut être reproché dans ces conditions à Madame B. [la patiente victime], profane en matière de médecine gynécologique, de ne pas avoir su détecter elle-même la situation d'urgence. C'est de manière légitime que Madame B. a recherché avant tout les conseils de la gynécologue qui la suivait depuis plusieurs années et qui lui avait posé le stérilet dont les suites de la mise en place s'avéraient difficiles* ». Par conséquent, le médecin gynécologue demeure fautif pour défaut de suivi.

2. Note de M.O Bertella-Geffroy : « Les dossiers de santé publique ennuiant tout le monde », *Les Petites affiches*, n°123, 21 juin 2016

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i> 	- Droit de la santé
	VEILLE JURIDIQUE DU 15 JUIN AU 25 JUILLET 2016	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 25/07/2016

Coordinatrice du pôle santé du tribunal de grande instance de Paris jusqu'en 2013, l'auteure, avocate, enquête depuis 1992 sur les grandes affaires de santé publique (sang contaminé, l'hormone de croissance, le nuage de Tchernobyl ou encore sur les usines d'amiante). Elle énonce un désintérêt des affaires de santé publique eu égard au caractère de catastrophes mais également aux lents délais d'incubation (cancers, sida, maladie de Creutzfeld Jakob). L'auteure met en avant le problème de la démission des experts judiciaires. Elle évoque l'instauration d'un statut des lanceurs d'alerte avec un contrôle et une protection.

3. Note de C. Chauvet : « La nature juridique de l'Agence régionale de santé », *RDSS*, n°3, 29 juin 2016, p.405

La création des Agences régionales de santé (ARS) par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) est concomitante à une réforme plus large de l'administration de l'État qui découle de la mise en oeuvre, à compter de 2007, de la Révision générale des politiques publiques (RGPP). Sur le plan des structures administratives elle s'est traduite par le projet de Réforme de l'administration territoriale de l'État (RéATE). Pour l'auteur, l'Agence régionale de santé est un établissement public, dont les statuts permettent de la qualifier d'agence, au sein de laquelle la quasi-totalité des attributions est confiée au directeur général, qui est une autorité déconcentrée de l'État. A l'instar d'une poupée russe institutionnelle, dans l'établissement public se cache.

✧ Rapports, avis, décisions, recommandations

- *Stratégie nationale e-santé 2020. Le numérique au service de la modernisation et de l'efficience du système de santé*, Rapport du Ministère des affaires sociales et de la santé, 4 juillet 2016 :

La stratégie nationale e-santé 2020, présentée par Marisol Touraine, s'articule autour de quatre grandes priorités : développer la médecine connectée, encourager la co-innovation entre professionnels de santé, citoyens et acteurs économiques, simplifier les démarches administratives des patients **et** outiller la démocratie sanitaire à l'aide d'une plateforme numérique facilitant la consultation et la participation des usagers et renforcer la sécurité des systèmes d'information en santé grâce à un plan d'action dédié.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf