

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

Législation et réglementation internes et européennes

Questions à l'Assemblée Nationale / Sénat

1. Assemblée Nationale - Question n°384 de Madame la Députée Elodie JACQUIER-LAFORGE sur la situation des EHPAD et l'insuffisance de ressources financières allouées aux problématiques de dépendance

Réponse de Madame la Ministre de la santé : elle détaille les mesures précises du PLFSS 2018 relatives à l'augmentation du financement des EHPAD ainsi que les dispositifs juridiques pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-384QE.htm>

2. Assemblée Nationale - Question n°435 de Monsieur le député Eric ALAUZET sur les directives anticipées et la fin de vie

Réponse de Madame la Ministre de la santé : elle rappelle le lancement d'une campagne d'information le 12 décembre 2016 et une nouvelle campagne prévue en 2018. En complément la DGOS prévoit d'intervenir auprès des ARS, des conférences d'établissements et des fédérations hospitalières pour que l'ensemble des sites internet des établissements de santé soient à jour, dans les meilleurs délais.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-435QE.htm>

3. Assemblée Nationale - Question n°635 de Monsieur le député Didier QUENTIN sur la vaccination obligatoire des enfants.

Réponse de Madame la Ministre de la santé : La vaccination participe à renforcer l'immunité de groupe (protection collective) et, à ce titre, s'apparente à un véritable geste citoyen et de solidarité. L'Etat étant garant de la protection de la santé de la population, il lui incombe de rendre obligatoires une ou plusieurs vaccinations via un vote au parlement. L'obligation vaccinale s'applique à l'ensemble de la population sans discrimination. Toutefois, lorsque des contre-indications médicales sont avérées (personne allergique par exemple), l'obligation n'est pas exigée. Il n'est ni opportun ni vraisemblablement constitutionnel d'autoriser les personnes à se soustraire à l'obligation vaccinale pour des motifs de simple convenances personnelles reposant sur des craintes injustifiées ou sur des risques inhérents à ladite obligation. Il serait d'ailleurs juridiquement impossible d'établir une définition exhaustive de la notion de convenance personnelle, tant cette dernière relève de la sphère privée et de conceptions subjectives. Le débat parlementaire et les questions issues de la représentation nationale seront une opportunité de dialogue et d'échange dans un esprit démocratique. Ce débat doit permettre de lever les doutes et d'apaiser les craintes envers cette mesure qui répond à un enjeu de santé publique majeur.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-635QE.htm>

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

4. Assemblée Nationale - Question n°1868 de Monsieur le député Stéphane DEMILLY sur **la prise en charge de la cystite**

Réponse de Madame la Ministre de la santé : La cystite interstitielle est une maladie chronique inflammatoire de la vessie caractérisée par un syndrome de cystite (douleurs lors de la réplétion vésicale, pollakiurie et urgence) sans infection associée. Les manifestations cliniques sont d'intensité variable dans le temps et dans les caractéristiques de la douleur. Toutefois, elle peut être à l'origine d'une dégradation de la qualité de vie. L'étiologie de cette pathologie n'est pas connue. Le diagnostic de cystite interstitielle est un diagnostic difficile d'exclusion d'autres pathologies. La prise en charge d'une cystite interstitielle doit être pluri-professionnelle et le médecin généraliste peut s'appuyer sur les centres de douleur chronique (CDC) afin d'organiser cette prise en charge.

Ces centres sont recensés au plan national sur une carte interactive accessible sur le site du ministère des solidarités et de la santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les-structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc>

Par ailleurs, **la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 renforce les missions des médecins généralistes de premier recours pour assurer le lien avec ces structures spécialisées dans la prise en charge de toute douleur complexe ou chronique**. Des recommandations relatives au processus standard de prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques sont en cours d'élaboration par la Haute autorité de santé pour une collaboration optimale entre ville et structures de recours. Ces recommandations de bonnes pratiques permettront de structurer le parcours de santé des personnes souffrant de douleur chronique et complexe comme la cystite interstitielle afin de mieux coordonner la prise en charge et mieux orienter les patients.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-1868QE.htm>

5. Assemblée Nationale - Question n°1629 de Madame la députée Nicole TRISSE sur **le Syndrome Douloureux régional Complexe**

Réponse de Madame la Ministre de la santé : L'algodystrophie est un syndrome douloureux régional complexe, associant à des degrés variables des douleurs localisées à une région articulaire ou périarticulaire, des troubles moteurs, vasomoteurs et osseux. Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) est rare, mais les patients qui en sont atteints éprouvent une douleur chronique aiguë et invalidante. Le syndrome apparaît le plus souvent dans les suites d'un traumatisme d'un membre ou d'une immobilisation prolongée. Sa symptomatologie, sa gravité, son évolution sont très variables d'un patient à l'autre. La prise en charge d'une algodystrophie doit être pluri-professionnelle.

Les centres de douleur chronique (CDC) permettent d'organiser cette prise en charge et sont, à ce jour, recensés au plan national sur une carte interactive accessible sur le site du ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/les->

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

[structures-specialisees-douleur-chronique/article/les-structures-specialisees-douleur-chronique-sdc](#)

Ces structures (environ 254) sont labellisées par les agences régionales de santé (ARS). Elles prennent en charge des patients hospitalisés et des patients externes. Leur prise en charge est obligatoirement pluri professionnelle (médecin algologue, infirmière, psychologue,..). Par ailleurs, **la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 renforce les missions des médecins généralistes de premier recours pour assurer le lien avec ces structures spécialisées dans la prise en charge de toute douleur complexe ou chronique**. Afin d'aider les professionnels de santé, la Haute autorité de santé (HAS) a inscrit dans son programme de travail du 4ème trimestre 2017, la production de recommandations relatives au processus standard de prise en charge des patients souffrant de douleurs chroniques pour une collaboration optimale entre ville et structures de recours. Ces recommandations de bonnes pratiques permettront de structurer le parcours de santé des personnes souffrant de SDRC afin de mieux coordonner la prise en charge et mieux orienter les patients.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-1629QE.htm>

Jurisprudence

-

Doctrine

1. « Rôle des soins et de la santé publique dans la prévention des atteintes à la santé et à la solidarité ». Dans la revue *Les Tribunes de la santé*, note de C. BERAUD, novembre 2017, n°55, p. 63-69.

La prévention est la pierre angulaire de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. L'Etat et l'Assurance maladie doivent ainsi promouvoir une prévention efficace des maladies chroniques.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2017-3-page-63.htm>

2. « Le sport, 'universelle panacée' ? ». Dans la revue *Les Cahiers de l'Université Paris Descartes*, note de C. BERAUD, octobre 2017, n°5.

Le Professeur Jean-François TOUSSAINT, Directeur de l'Institut biomédical et épidémiologique du sport énonce les bienfaits de la pratique sportive dans la prise en charge des patients.

<https://cahiers.parisdescartes.fr/le-sport-universelle-panacee/>

3. « Information des patients via Internet : 20 ans d'évolution entre discours 'descendants' et échanges directs entre patients ». Dans la revue *Respiration*, note de P. EVEILLARD, novembre 2017, n°141, p. 21.

Les patients peuvent être bénéficiaires d'informations via Internet. Ils peuvent trouver des informations sur leurs maladies chroniques, les soins ou encore la prévention en santé. Le site Internet Sante.fr (<https://sante.fr>) est considéré comme service public : il est placé sous la

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

responsabilité de la Ministre de la santé. Il est co-construit avec les professionnels de santé et les utilisateurs.

4. « Le don croisé d'organes anticipé : une créance sur l'avenir ». Dans la *Revue juridique Personnes et Famille*, note d'A. Cheynet de Beaupré, novembre 2017, n°11.

Le don croisé d'organes est autorisé depuis la loi bioéthique du 7 juillet 2011 et pourrait faire l'objet d'une prochaine révision. L'auteur s'inspire d'une variante de ce don aux Etats-Unis qui optimise les possibilités de greffe et établit les possibilités d'application en France.

Rapports, Avis, Décisions, Recommandations, Communiqués de presse, Appels à projets

1. G. DUHAMEL, J. MEJANE, *Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile*, IGAS, rapport novembre 2017

L'accompagnement des parcours de fin de vie revêt des enjeux considérables, tant pour les patients qui attendent une qualité de soins et le respect de leurs souhaits, que pour le système de soins qui doit organiser des prises en charge complexes et encore difficiles à accepter. Ces enjeux sont particulièrement importants au domicile, lieu de prise en charge privilégié par les Français.

Les soins palliatifs à domicile ne sont pas une réalité pour tous

Près de 311 000 personnes par an nécessitent un accompagnement palliatif. Si nombre de ces situations sont prises en charge par des professionnels compétents et engagés, il apparaît que ces soins, au domicile, sont d'une qualité parfois décevante : sentiment de médicalisation, difficultés d'orientation des patients dans le système de soins, absence de professionnels la nuit ou les weekends ; autant d'obstacles occasionnant des ruptures de parcours, lourdes de conséquences tant pour les malades que pour leur entourage.

De fait, si près de 70% des malades résident encore à leur domicile un mois seulement avant leur décès, la majorité va finalement décéder à l'hôpital, le plus souvent dans des services classiques.

Réaffirmer la place du médecin traitant et éviter le « domicile à tout prix »

L'amélioration des prises en charge de fin de vie à domicile fait l'objet d'un axe spécifique du plan national « Soins Palliatifs 2015-2018 ». Les inspecteurs ont conduit leur évaluation pendant que se déployait ce plan, ils n'ont donc pas procédé à son bilan mais plutôt cherché à le compléter, en précisant le rôle que peuvent jouer les médecins traitants -essentiel aux yeux des patients et des proches- à certains moments clés, et en soulignant la nécessité d'une implication renforcée des infirmiers et des dispositifs d'appui et de coordination tels que les réseaux ou l'HAD. Une place doit également être laissée à l'hôpital pour accueillir les situations les plus complexes sur le plan sanitaire ou social. En effet, le domicile n'est pas un lieu adapté à toutes les fins de vie ; il est susceptible de renvoyer chacun à ses difficultés, d'autant que les

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

ressources financières et la mobilisation de l'entourage sont des facteurs déterminants pour le maintien à domicile, dont tous les patients ne disposent pas.

2. Ministère de la Santé, Renforcer l'accès territorial aux soins, Dossier de presse, novembre 2017

Quatre priorités pour garantir dans tous les territoires un accès à des soins de qualité

- Priorité n°1 : Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- Priorité n°2 : Mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances
- Priorité n°3 : Favoriser une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue
- Priorité n°4 : Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_renforcer_l_acces_territorial_aux_soins.pdf

3. HAS, Contribution des associations de patients et d'usagers aux évolutions de médicaments et dispositifs médicaux, Guide, 2017

Vous êtes une association de patients ou d'usagers du système de santé et souhaitez contribuer à l'évaluation d'un médicament ou d'un dispositif médical. Vous avez la possibilité de porter des informations qui vous paraissent utiles à la connaissance des commissions de la Haute Autorité de Santé (HAS) chargées de l'évaluation des produits. Ces informations pourront éclairer les commissions sur le vécu de la maladie, l'expérience avec les traitements existants, les parcours de soins, les critères de jugement les plus pertinents pour les patients, etc.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/contribution_asso_patients_guide_v3.pdf

4. HAS, La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, Référentiel, octobre 2017

La loi de modernisation de notre système de santé a confié à la HAS la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la **médiation en santé en direction des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins** telle que reconnue à l'article L. 1110-13 du CSP. Cette mission s'inscrit dans l'ambition de la HAS d'œuvrer à un système de santé de qualité, efficient et accessible à tous. Ce référentiel exclut de son champ la médiation institutionnelle visant à assurer le règlement de conflits avec les usagers du système de soins.

Alors que les conditions de l'égalité d'accès au système de santé sont théoriquement et globalement remplies du point de vue juridique en France via une série de dispositifs (par exemple : assurance maladie universelle, CMU-C, AME, PRAPS, PASS, ASV, etc.), l'égalité et l'accès aux droits, à la prévention et aux soins ne sont pas pleinement effectifs. Dans ce contexte, la **médiation en santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis**

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>	- Droit de la santé
	 VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins.

La médiation en santé désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter :

- d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ;
- d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.

Le médiateur en santé crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires.

L'objectif de ce référentiel est de préciser le cadre d'intervention de la médiation en santé afin d'en permettre une meilleure appropriation par les publics et les partenaires, et de faciliter l'ancrage de la médiation en santé dans les territoires et dans le système de santé.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

5. HAS, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, Référentiel, octobre 2017

La loi de modernisation de notre système de santé a confié à la HAS la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur **l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins** tel que reconnu à l'article L. 1110-13 du CSP. Cette mission s'inscrit dans l'ambition de la HAS d'œuvrer à un système de santé de qualité, efficient et accessible à tous. Ce référentiel exclut de son champ l'interprétariat en langue des signes, dès lors qu'il fait l'objet d'un encadrement spécifique précisé par la circulaire DHOS/E1/2007/163.

La barrière de la langue, associée aux migrations des populations, et le recours à des interprètes pour y remédier existent depuis toujours. Le recours à un interprète issu de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage ou de l'entourage immédiat, constitue une charge lourde pour les aidants et risque de méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

L'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé est un outil porté historiquement par la société civile, puis par les institutions, afin de lutter contre les exclusions et tenter de rétablir une égalité dans l'accès à la prévention et aux soins. La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et

	<i>Le droit pour les professionnels de santé</i>		- Droit de la santé
		VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2017	Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 04/12/2017

éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible.

Ce référentiel s'adresse aux professionnels qui interviennent dans le parcours de santé des personnes ne parlant pas une même langue qu'eux, c'est-à-dire les institutions, les professionnels dans le domaine de la santé et du social (médecins, infirmiers, assistantes sociales, etc.), les interprètes, ainsi que les associations.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat dans le domaine de la sante - referentiel de competences....pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compétences....pdf)