

13^e RENCONTRES NATIONALES DES RÉSEAUX DE SANTÉ PERSONNES AGÉES

**Loi n 2016-41 du 26 janvier 2016
de modernisation de notre système de
santé**

Nicolas PORTE. ARS ACAL

I – Présentation de la loi santé

I-A. Les grandes orientations de la loi santé.

❖ Deux défis majeurs à relever : le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

❖ Les trois axes de la loi :

- 1) Renforcer la prévention et la promotion de la santé
- 2) **Améliorer l'accès aux soins**
- 3) Renforcer les droits et la sécurité des patients

Au titre de l'accès aux soins : l'ambition du législateur est d'« Améliorer l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité » dans le respect de l'équité territoriale.

L'un des leviers pour y parvenir : l'amélioration de la coordination des soins;

Il s'agit de mettre en place des parcours de prise en charge cohérents pour les personnes malades ou en situation de perte d'autonomie.

I – Présentation de la loi santé.

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (1).

❖ La notion de parcours de santé (1)

Article L 1411-1 5° du CSP :

« (...) La politique de santé comprend (...) l'organisation des parcours de santé [qui] visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale (...) »

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (2).

❖ La notion de parcours de santé (2)

Quels buts ? Garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population. Concourir à l'équité territoriale.

Comment ? Par la coordination des acteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux). Création de filières de soins autour du patient.

Par qui ? Par tous les acteurs concernés, sous la responsabilité de l'Etat.

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (3).

- ❖ Equipe de soins primaires (L. art. 64)
- ❖ Communauté professionnelle territoriale de santé (L. art. 65)
- ❖ Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes (L. art. 74).
- ❖ La lettre de liaison (L. art. 95)

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (4).

❖ Equipe de soins primaires.

📖 Art. L 1411-11-1 CSP.

Ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours.

Il s'agit d'exercer des activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé élaboré en commun, dont l'objet est notamment une meilleure coordination des acteurs.

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé.

Elle peut prendre la forme d'une centre de santé ou d'une maison de santé.

Soins de 1^{er}
recours

Professionnels
de santé

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (5).

❖ Communauté professionnelle territoriale de santé.

📖 Art. L 1434-12 CSP.

Composée de professionnels de santé (éventuellement regroupés sous forme d'équipes de soins primaires), d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, d'acteurs sociaux et médico-sociaux.

Elaboration d'un projet de santé transmis à l'ARS. Doit définir un territoire d'action.

Constituées à l'initiative des professionnels (à défaut, par l'ARS en concertation avec les URPS et les représentants des centres de santé).

Objectif est d'assurer une meilleure coordination de l'action des professionnels et concourir à la structuration des parcours de santé.

Les ex-pôles de santé deviennent des communautés professionnelles territoriales de santé (sauf opposition de leur part).

Soins de 1^{er} et de 2^e recours

Professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (6).

❖ Les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

 Art. L 6327-1 CSP

Parcours de santé complexe : « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

Par qui : Organisation par l'ARS, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Mise en œuvre notamment par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

Comment ? : Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un autre médecin, en lien avec le médecin traitant.

L'ARS peut constituer (par conventions avec des acteurs du système de santé) des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

I – Présentation de la loi santé

I-B. Les principales mesures visant à favoriser la structuration des parcours de santé (6).

❖ La lettre de liaison

 Art. L 1112-1 CSP

La lettre de liaison est une lettre qui synthétise les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

A l'entrée dans un établissement de santé, la lettre de liaison est rédigée par le praticien qui adresse le patient à l'établissement. Elle synthétise les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

A la sortie de l'établissement, la lettre de liaison est rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient. La lettre doit contenir les éléments utiles à la continuité des soins. Elle est remise au patient à sa sortie, ou à la personne de confiance (avec l'accord du patient).

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées et déposées dans le dossier médical partagé et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé et au médecin traitant.

 Modalités d'application prévues par décret (publication envisagée en avril 2016).

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-A. L'élargissement de la notion d'équipe de soins (1).

❖ DEFINITION :

📖 Art. L 1110-12 CSP :

« 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, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».

Pour la première fois le législateur définit l'équipe de soins, qui est entendue au sens large.

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-A. L'élargissement de la notion d'équipe de soins (2).

❖ Professionnels concernés : On passe d'une équipe soignante (constituée exclusivement de professionnels de santé) à une équipe de soins élargie à tous les professionnels.

❖ Actes visés par la loi : Actes diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur, de prévention de la perte d'autonomie et même de coordination de plusieurs de ces actes.

❖ Modes de prise en charge : On passe d'une prise en charge sanitaire à une prise en charge multi-dimensionnelle : sanitaire, médico-sociale, sociale et même administrative.

➔ Reconnaissance par le législateur du caractère global de la prise en charge de la personne.

➔ La finalité de cet élargissement : faciliter la prise en charge du patient en levant les obstacles à l'échange d'informations entre professionnels.

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-A. L'élargissement de la notion d'équipe de soins (3).

❖ Tout professionnel contribuant directement à la prise en charge de la personne.

Les professionnels de santé (médecin, infirmier, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, diététicien...), professionnels du médico-social (auxiliaire de vie...) et du social (assistantes sociales...)

❖ Les conditions d'exercice de ces professionnels :

Pour pouvoir être membres de l'équipe de soins, les professionnels doivent :

- 1) Soit exercer dans le même établissement de santé ou le même établissement ou service social ou médico-social (au sens de l'art. L 312-1 CASF) ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- 2) Soit exercer dans une organisation « formalisée » comprenant au moins un professionnel de santé (au sens du CSP) présentant des pratiques conformes à un cahier des charge fixé par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- 3) Soit s'être vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient (=> consentement du patient, selon quelles modalités et sur la base de quelle information ?).

 La liste des structures visées au 1) doit être fixée par décret (publication envisagée en avril 2016).

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-B. Le partage d'informations entre les membres d'une même équipe de soins (1).

 Art. L 1110-4 CSP

❖ La loi opère une double évolution en matière d'échange d'informations :

→ Elle élargit le champ des professionnels éligibles à l'échange d'informations.

Alors qu'auparavant le partage d'informations était réservé aux professionnels de santé, désormais il peut avoir lieu entre tous les professionnels intervenant auprès de la personne, pourvu que ces professionnels soient identifiés.

→ La loi élargit le champ du secret partagé.

Le secret partagé est la possibilité pour les professionnels participant à la prise en charge d'un patient de s'échanger des informations sur ce patient sans avoir à recueillir préalablement son consentement. La loi présume que la personne a donné son consentement et que les informations confiées par le patient le sont à l'ensemble des membres de la même équipe de soins.

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-B. Le partage d'informations entre les membres d'une même équipe de soins (2).

❖ Auparavant, la loi limitait le secret partagé à l'équipe de soins en établissement de santé.

Désormais, grâce à l'élargissement de la notion d'équipe de soins, le secret partagé n'est plus limité aux seuls murs de l'hôpital, mais s'applique aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'à de nombreuses structures de coordination ou de coopération.

❖ Limites posées par la loi à l'échange d'information (art. L 1110-4 CSP) :

- Partage d'informations uniquement entre professionnels ;
- Les professionnels concernés doivent tous participer à la prise en charge de la personne ;
- Les informations échangées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

II-C. Le partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

- ❖ Dans cette hypothèse, le consentement préalable (et donc exprès) de la personne est requis.
- ❖ Ce consentement peut être recueilli par tous moyens, y compris de façon dématérialisée. Les modalités de recueil de ce consentement seront définies par décret en Conseil d'Etat après avis de la CNIL (publication envisagée en avril 2016).

II – Equipe de soins et partage des informations relatives au patient.

ATTENTION !

1) La personne dispose d'un **droit d'opposition** à l'échange et au partage d'informations la concernant qu'elle peut exercer à tout moment. Elle doit être dûment informée de ce droit.

2) L'échange et le partage d'informations **entre professionnels de santé et non-professionnels de santé** du champ social et médico-social sera **encadré**.

Les modalités d'échange et de partage d'informations seront définies par décret (publication envisagée en avril 2016)

III – Le consentement du patient.

Le consentement est fondé sur les principes de l'autonomie de la volonté et de dignité de la personne humaine.

La loi santé n'a pas apporté de modifications imp dans ce domaine, hormis concernant le consentement du patient à l'échange d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.

III-A. Le consentement à quoi ?

- ❖ Consentement aux soins (art L 1111-4 CSP et 16-3 c.civ) ;
- ❖ Consentement à l'inclusion dans le réseau (cf. art. D 6321-3 CSP => document d'information) ;
- ❖ Consentement à l'échange d'informations entre professionnels ;

III – Le consentement du patient.

III-B. Le consentement par qui ? (1)

- ❖ Par le patient usager du réseau.
- ❖ Le rôle de la personne de confiance.

La personne de confiance accompagne le patient dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux (si le patient le souhaite). Mais en principe, elle ne consent pas à la place du patient (art. L 1111-6 CSP).

Une exception toutefois pour le consentement à l'inclusion dans le réseau ; l'article D 6321-3 prévoit en effet que le document d'information peut être signé par la personne de confiance.

III – Le consentement du patient.

III-B. Le consentement par qui ? (2)

❖ Le cas des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle) (1).

L'article 458 du code civil pose le principe selon lequel « *la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* ». Le principe posé est donc celui de l'autonomie de la volonté du majeur protégé.

Une obligation d'information pèse sur la personne chargée de la protection du majeur sous tutelle ou sous curatelle (art. 457-1 c.civ).

C'est seulement lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée que le juge ou le conseil de famille peut prévoir qu'elle bénéficiera de l'assistance de la personne chargée de sa protection (le juge ou le conseil de famille détermine les actes pour lesquels l'assistance du majeur est requise (art. 458 c. civ.).

III – Le consentement du patient.

III-B. Le consentement par qui ? (3)

❖ Le cas des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice, tutelle, curatelle) (2).

Au cas où cette assistance ne suffirait pas, une mesure de tutelle peut être ouverte et le tuteur être autorisé à représenter l'intéressé. Le juge a toutefois la possibilité d'énumérer certains actes que la personne en tutelle aura la possibilité de faire seule ou avec l'assistance du tuteur (art. 473 c. civ.).

→ Principe de subsidiarité des mesures de protection judiciaire (art. 428 c.civ.).

Dans ce cas, l'article L 1111-4 CSP prévoit que **le consentement de la personne sous tutelle doit être systématiquement recherché** si elle est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

III – Le consentement du patient.

III-C. Le consentement pourquoi ?

- ❖ **Le consentement aux soins** est fondé sur le respect de l'autonomie de la volonté de la personne (principe de dignité de la personne humaine).
- ❖ **Le consentement au partage d'informations** est fondé sur le droit au respect de la vie privée.

III-D. Le consentement auprès de qui ?

- ❖ Auprès du/des professionnel(s)
- ❖ Auprès du réseau
- ❖ Auprès de l'équipe de soins

III – Le consentement du patient.

III-E. Le consentement comment ? (1)

❖ Le consentement aux soins : doit être libre et éclairé (cf. art L 1111-4 CSP).

La loi ne prévoit pas expressément les modalités du consentement. Celui-ci ne requiert pas de formalisme particulier et peut par conséquent être exprimé oralement, même si pose alors un problème de preuve (d'où la pratique des formulaires qui permettent de se pré-constituer une preuve écrite).

❖ Le consentement à l'inclusion dans le réseau : exprimé par la signature du document d'information prévu à l'article D 6321-3 du CSP.

III – Le consentement du patient.

III-E. Le consentement comment ? (2)

❖ Le consentement au partage des informations entre les professionnels assurant la prise en charge.

Professionnels appartenant à la même équipe de soins : le **consentement** est **présumé**.

Professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins : le **consentement préalable (exprès)** de la personne peut être recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée (dans des conditions définies par décret ; art. L1110-4 VI du CSP).

La personne est dûment informée de son droit d'exercer une **opposition** à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment (CSP. art. L 1110-4).

MERCI DE VOTRE ATTENTION