

P. 1

Dossier médical partagé :
nouvelle tentative ?

P. 2

Parcours de santé complexes
Plates-formes territoriales
d'appui

P. 3

Prolongation d'un arrêt de
travail par un autre
médecin

P. 4

Y a-t-il une assurance
vie à mon nom ?

ACTUALITÉS

Le Dossier médical partagé : nouvelle tentative ?

Le décret relatif au **Dossier Médical Partagé (DMP)**, successeur du dossier médical personnel, a été publié le 5 juillet 2016⁽¹⁾. Le DMP institué par la loi du 13 août 2004 a connu un succès mitigé dans sa généralisation puisque seuls 584 229 dossiers ont été créés (www.dmp.gouv.fr). C'est la loi de santé du 26 janvier 2016 qui procède donc à la refondation du DMP.

Le DMP est un « *dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients* »



Le Dossier Médical Partagé en 10 points

- Le dispositif, anciennement **géré par** l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé (ASIP Santé) le sera désormais par la **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**.
- Tout bénéficiaire de l'assurance maladie, après recueil de son consentement exprès ou celui de son représentant légal, peut créer un dossier médical. Ce **consentement doit être éclairé**.
- **Le bénéficiaire de l'assurance maladie est titulaire de ce dossier.**
- Le DMP contient **7 types de données** :
 - données relatives à la prévention, l'état de santé, au suivi social et médico-social « *que les professionnels de santé estiment devoir être partagées [...] afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence* »
 - données consignées dans le dossier par le titulaire
 - données nécessaires à la coordination des soins
 - données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique
 - données relatives au don d'organes ou de tissus
 - données relatives aux directives anticipées
- **Les informations** relatives à l'état de santé et au suivi du titulaire sont **versées au DMP** « *le jour de la consultation, de l'examen ou de son résultat, à l'origine de leur production et au plus tard le jour de la sortie du patient après une hospitalisation* »
- **Le DMP est accessible par « tout professionnel de santé participant à la prise en charge du patient »,** sous réserve de « *l'autorisation préalable du titulaire du dossier* ». Toutefois, en cas de prise en charge par une équipe de soins, l'autorisation d'accès est ouverte à l'ensemble des professionnels de santé.

⇒ **Les professionnels autorisés disposent d'un accès limité** aux « *seules informations strictement nécessaires à la prise en charge du titulaire* ».

⇒ **Le titulaire dispose d'un droit de masquer certaines informations**, sauf aux auteurs respectifs et au **médecin traitant. Ce dernier bénéficie d'une dérogation totale**. Le titulaire peut d'ailleurs accorder la même dérogation à d'autres médecins mais également dresser la liste de professionnels à qui il interdit l'accès à son DMP.

⇒ **Le titulaire ne peut supprimer lui-même des données inscrites par un professionnel de santé ou un établissement de santé**. Il doit effectuer une demande en invoquant un motif légitime.

⇒ **Le titulaire peut clôturer son DMP** à tout moment. Les données issues de ce dossier sont archivées pendant 10 ans. Au delà, le dossier est supprimé. Le décès du titulaire entraîne la clôture du dossier.

LE POINT SUR

Coordination des parcours de santé complexes Le recours aux plates-formes territoriales d'appui

Le décret du 4 juillet 2016⁽²⁾, décret d'application de l'article 74 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, précise les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Qu'est-ce qu'un « parcours de santé complexe » ? Un parcours est qualifié de 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* ».

Qui organise les fonctions d'appui ? Chaque opérateur en charge d'une plate-forme territoriale d'appui adresse son projet à l'ARS pour approbation. L'ARS peut constituer par convention avec un ou plusieurs acteurs de santé une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Quelles sont les missions des plates-formes territoriales d'appui ?

1. l'information et l'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire
2. l'organisation du parcours : évaluation des besoins
3. le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination

Ces trois fonctions d'appui « *sont organisées dans un objectif de réponse aux besoins de la population et aux demandes des professionnels* ».

Quel est le fonctionnement des plates-formes territoriales d'appui ? Le médecin traitant (ou le médecin en lien avec ce dernier) déclenche le recours à une plate-forme territoriale d'appui au bénéfice du patient. Les acteurs du système de santé demeurent libres dans l'initiative de constituer de telles plates-formes. Une priorité est donnée « *aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, celles des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé* ».

A noter. Les plates-formes territoriales d'appui bénéficieront d'un plan d'investissement de 2 milliards d'euros, annoncé par la Ministre des Affaires sociales et de la santé.



Prolongation d'un arrêt de travail par un autre médecin : l'indemnisation du patient est maintenue sous réserve de justification

Cass. civ. 2^{ème}, 16 juin 2016, n°15-19.443

Les faits. Un praticien d'un centre hospitalier prescrit un arrêt de travail à un joueur de club de rugby. Puis, un second médecin exerçant au sein du même établissement prescrit à ce joueur une prolongation de son arrêt initial. **La Caisse d'arrêt maladie cesse le versement des indemnités journalières au motif que la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin différent de celui de l'arrêt initial.** Au regard de l'article L. 162-4-4 du Code de la sécurité sociale, **en cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf :**

- impossibilité dûment justifiée par l'assuré
- à l'exception de cas définis par l'article R. 162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque la prolongation de l'arrêt de travail n'a pas été prescrite par le médecin prescripteur initial, l'indemnisation par la Caisse d'assurance maladie peut être maintenue dans trois hypothèses⁽³⁾ :

1. La prolongation d'arrêt de travail est prescrite par un médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant
2. La prolongation d'arrêt de travail est prescrite par le médecin qui remplace le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou le médecin qui remplace le médecin traitant
3. La prolongation d'arrêt de travail est prescrite à l'occasion d'une hospitalisation

La décision. Le Tribunal des Affaires de sécurité sociale (TASS) accède à la requête du demandeur en estimant que l'intéressé justifiait, conformément à l'article L. 162-4-4 du Code de la sécurité sociale, de son impossibilité de consulter à nouveau le médecin prescripteur de l'arrêt initial. En effet, les juges ont relevé que le protocole du club de rugby invitait le joueur à consulter dès le lendemain du match un cabinet médical spécifique dans le cadre d'une convention de procédure médicale et ce, afin de bénéficier d'un diagnostic rapide. Dès lors, il semblait donc justifié que le joueur ne fasse pas prolonger son arrêt de travail par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par son médecin traitant mais par le médecin du club de rugby qui, en l'espèce, l'a reçu en consultation dès le lendemain de la fin de son arrêt initial.

La Caisse d'assurance maladie forme un pourvoi contre le jugement du TASS. **La Cour de cassation casse et annule la décision du Tribunal au motif qu'il a statué par des motifs impropres pour caractériser l'impossibilité pour le salarié de faire prolonger son arrêt de travail par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par son médecin traitant.**

Bon à savoir. Le versement des indemnités journalières de la Caisse primaire d'assurance maladie est soumis au respect d'autres obligations de la part de l'assuré social. Conformément à l'article L. 323-6 du Code de la sécurité sociale, l'assuré est tenu :

- d'observer les prescriptions du praticien,
- de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical,
- de respecter les heures de sorties autorisées par le praticien.

Des dispositions législatives permettent la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés permettant ainsi de **limiter les cas d'assurance-vie en déshérence**⁽⁴⁾.

✦ Saisine de l'AGIRA

Toute personne physique ou morale susceptible d'être bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie peut saisir gratuitement l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance (AGIRA).

AGIRA, 1 rue Jules Lefebvre 75 431 Paris cedex 09

Cet organisme centralise toutes les demandes des potentiels bénéficiaires. La lettre doit indiquer les nom et prénom, l'adresse ainsi que les nom, prénom, adresse, date et lieu de naissance et de décès de la personne qui serait à l'origine de la souscription du contrat.

A savoir. N'oubliez pas de joindre à la demande un justificatif de décès.

✦ La recherche d'un contrat d'assurance vie

L'AGIRA est chargée de rechercher un ou des contrat(s) d'assurance vie auprès de l'ensemble des entreprises d'assurances de personnes et institutions de prévoyance et ce, dans un délai de 15 jours. La ou les entreprises concernées informent le bénéficiaire dans un délai d'un mois à compter de la date de réception.

✦ Faire valoir ses droits

Le bénéficiaire transmet l'acte de décès à la ou les compagnie(s) d'assurance. Dès lors, il reçoit un dossier à compléter avec une demande de pièces justificatives parmi lesquelles le formulaire *Cerfa n°12321*01 - déclaration partielle de succession*. Un certificat de non exigibilité ou d'acquittement des droit réglés doit être transmis dans les plus brefs délais à chaque assureur, le cas échéant.

A savoir. A réception du dossier dûment complété, la compagnie d'assurance dispose d'un délai d'un mois pour le déblocage des fonds et le règlement au bénéficiaire.

Nora Boughriet, Docteur en droit, juillet 2016

Sources juridiques

(1) Décret n°2016-914 du 5 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé, JO du 5 juillet 2016

(2) Décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, JO du 6 juillet 2016

(3) Art. R. 162-1-9-1 du Code de la sécurité sociale

(4) Loi n°2007-1775 du 17 décembre 2007 permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés, JO du 18 décembre 2007 ; Loi n°2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence, JO du 15 juin 2014 ; Arrêté du 29 février 2016 portant création par la direction générale des finances publiques d'un traitement automatisé de données à caractère personnel de gestion du fichier des contrats de capitalisation et d'assurance vie dénommé Ficovie, JO du 31 mars 2016

INFO'MED-LIB

Un service pour toute question juridique liée à
votre exercice professionnel

✉ contact@urml-normandie.org

☎ 02 31 34 21 76

URML Normandie, 7 rue du 11 novembre 14 000 Caen. Tél. 02 31 34 21 76

JURIDIC'MED-LIB n° 20. Mai – juin 2016 / Supplément du bulletin de l'URML Normandie

Mise en ligne sur le site : www.urml-normandie.org

Directeur de la publication : Docteur Antoine LEVENEUR

Conception, rédaction et mise en page : JURIDIC'ACCESS - Nora Boughriet, Docteur en droit

Crédit photos : Fotolia

Cette lettre juridique a pour objet de délivrer des informations juridiques générales qui ne peuvent remplacer une étude juridique personnalisée. Ces informations ne sauraient engager la responsabilité de l'URML Normandie ni celle de l'auteur de la lettre.