

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p style="text-align: center;">- Droit de la santé</p>
	<p style="text-align: center;"><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

### ✧ Législation interne / européenne

- **Arrêté du 9 janvier 2017** pris par le ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics modifiant l'arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé, JO du 17 janvier 2017

Le financement dérogatoire des deux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes décrits ci-après, répondant au modèle économique ayant reçu l'avis favorable du collège des financeurs, est autorisé jusqu'au 12 janvier 2018 :

- bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ;
- bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 49 ans.

- **Ordonnance n°2017-27 du 12 janvier 2017** prise par le Président de la République, le Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de la culture et de la communication et la ministre des outre-mer relative à l'hébergement de données de santé à caractère personnel, JO du 13 janvier 2017

L'article L. 1111-8 du code de la santé publique est remplacé par de nouvelles dispositions.

A l'article L. 212-4 du code du patrimoine, le deuxième alinéa du II est remplacé par un alinéa ainsi rédigé : « *Les données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social procédant de l'activité des personnes visées à l'article L. 211-4 qui n'ont pas encore fait l'objet de la sélection prévue à l'article L. 212-3 peuvent être confiées, après en avoir fait la déclaration à l'administration des archives, à des personnes physiques ou morales titulaires de l'agrément ou du certificat de conformité prévus à cet effet à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique* ».

La présente ordonnance entre en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2019.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033860770&dateTexte=&categorieLien=id>

- **Ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017** prise par le Président de la République, le Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la défense, la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre de la fonction publique relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire, JO du 13 janvier 2017

Les dispositions de cette ordonnance facilitent la constitution et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire (GCS) et visent, notamment, à adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire, ainsi qu'à définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un groupement de coopération sanitaire.

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033860779&dateTexte=&categorieLien=id>

- **Ordonnance n°2017-29 du 12 janvier 2017** prise par le Président de la République, le Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de la culture et de la communication, relative aux conditions de reconnaissance de la force probante des documents comportant des données de santé à caractère personnel créés ou reproduits sous forme numérique, JO du 13 janvier 2017

L'ordonnance précise les conditions dans lesquelles les documents médicaux doivent être produits, signés et conservés pour avoir force probante, par référence aux règles résultant du code civil, qui renvoient elles-mêmes au Règlement (UE) n° 910/2014 du Parlement européen et du Conseil du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur.

L'ordonnance autorise également la destruction des dossiers médicaux papier détenus par les professionnels, les établissements et les organismes de santé ou sociaux et médico-sociaux concourant à la prise en charge sanitaire et au suivi social et médico-social, dès lors qu'ils ont été préalablement numérisés selon des modalités qui garantissent la fiabilité et l'intégrité de la copie. En outre, l'ordonnance fixe des règles permettant de présumer, sous certaines conditions, la force probante d'un document médical numérique matérialisé sur support papier ou prêt à être imprimé destiné à être remis au patient, distinct des données ou documents numériques dont il est issu.

Enfin, l'ordonnance renvoie à des référentiels, définis par arrêté du ministre de la santé après avis de la CNIL, la préconisation du niveau de signature électronique requis en fonction de la nature des documents ainsi que la détermination du processus de matérialisation d'un document sous format papier ou d'un document numérique prêt à être imprimé destiné à être remis au patient.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033860800&dateTexte=&categorieLien=id>

- **Ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017** de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, prise par le Président de la République, le Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé, JO du 13 janvier 2017

L'article 225 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a habilité le Gouvernement à prendre par ordonnances les mesures relevant du domaine de la loi visant à assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de cette loi et à abroger les dispositions devenues sans objet.

- Le titre 1er est relatif au service public hospitalier (articles 1er à 4). La présente mesure vise donc à l'adoption des dispositions de coordination rendues nécessaires par l'article 99 de la loi du 26 janvier 2016 précitée portant réaffirmation du service public hospitalier.
- L'article 1er modifie les dispositions du code de la santé publique afin de supprimer la référence aux missions de service public instituées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p align="center"><b>- Droit de la santé</b></p>
	<p align="center"><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires au sein du code de la santé publique. Celles-ci ont, en effet, été abrogées par l'article 99. Leur maintien aurait été contradictoire avec la logique du bloc d'obligations retenue dans le cadre de la réintroduction du service public hospitalier. La référence aux missions de service public est ainsi supprimée aux articles L. 4221-10, L. 4381-1, L. 6112-8, L. 6114-1, L. 6114-2, L. 6122-7, L. 6141-7-3, L. 6143-6, L. 6146-2, L. 6147-2, L. 6147-7, L. 6154-1 et L. 6161-9. Plus spécifiquement, au sein des articles L. 6146-2, L. 6147-2, L. 6147-7, L. 6154-1 et L. 6161-9, la référence aux missions de service public a été remplacée, à périmètre constant, par la référence aux missions des établissements de santé (article L. 6111-1) ainsi qu'à l'aide médicale d'urgence mentionnée uniquement et spécifiquement à l'article L. 6112-1.

- L'article L. 6161-8, qui permettait aux établissements de santé privés d'intérêt collectif de conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec un groupement hospitalier de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation des missions de service public, fait l'objet de la même mise en cohérence.
- A l'article L. 1527-1, les références au « directeur régional ou départemental des affaires sanitaires et sociales », à « l'agence régionale de l'hospitalisation » et aux établissements privés « participant ou non au service public hospitalier », qui étaient déjà devenues sans objet avec la loi du 21 juillet 2009 précitée, sont supprimées ou actualisées.
- L'article L. 2212-8, qui définit les conditions dans lesquelles un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux, précisait qu'un tel refus « ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi du 21 juillet 2009 précitée que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux. » La référence aux contrats de concession de service public étant devenue obsolète, sont désormais visés les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier.
- A l'article L. 3221-2, une modification rédactionnelle est nécessaire : la référence aux « établissements de service public hospitalier » est remplacée par la référence aux établissements « assurant le service public hospitalier ».
- L'article L. 6154-2 explicite l'articulation entre le principe de l'interdiction des dépassements d'honoraires au sein du service public hospitalier et le maintien d'une dérogation possible dans le cadre de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein. L'article L. 6154-1 précise que l'activité libérale des praticiens hospitaliers n'est possible que « sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement [par l'établissement concerné] des missions définies aux articles L. 6111-1 à L. 6111-1-4 ainsi qu'à l'article L. 6112-1 ».
- L'article 2 modifie les dispositions du code de la sécurité sociale afin de procéder aux mêmes coordinations. Ainsi sont supprimées les références aux « missions de service public » et aux établissements « participant au service public », contenues dans les articles L. 162-12-15, L. 162-22-13, L. 162-23-14, L. 162-29, L. 162-29-1 et L. 174-20.
- A l'article L. 162-22-13, qui dresse la liste des activités financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la référence au

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

schéma régional d'organisation des soins est remplacée par la référence au schéma régional de santé, conformément aux modifications prévues par l'article 158 de la loi du 26 janvier 2016 précitée. La référence aux missions de service public est remplacée par une référence au financement de la recherche, de la formation des professionnels de santé et du personnel paramédical. Le périmètre des activités financées par la dotation demeure inchangé.

- Le titre II concerne les dispositions diverses.
- **L'article 5 modifie les dispositions du code de la santé publique : Le 1° rectifie une erreur rédactionnelle de cohérence au premier alinéa de l'article L. 1110-4 modifié par l'article 96 de la loi du 26 janvier 2016. Le renvoi au seul livre III de la sixième partie du code laisse penser que seuls les établissements et les services de santé mentionnés au livre III sont concernés, ce qui aurait pour conséquence d'exclure notamment les établissements de santé (livre Ier), les laboratoires de biologie médicale (livre II) ou encore le service de santé des armées. Or les règles définies à l'article 96 de la loi du 26 janvier 2016 précitée s'appliquent à tous les professionnels de santé, les établissements et services de santé, et plus généralement tout organisme participant à la prévention et aux soins. L'article L. 1110-12, par exemple, définit l'équipe de soins comme « 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 ».**
- **Le 2° procède à une correction rédactionnelle ; il modifie l'article L.1115-1 du code de la santé publique pour le mettre en cohérence avec l'article L. 1111-8 du même code, modifié par l'article 96 (5°) de la loi du 26 janvier 2016, relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel.**
- Le 5° modifie l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. Il harmonise la dénomination de l'Union nationale des associations d'usagers du système de santé (UNAASS) introduite à l'article L. 1411-1 par la loi, au sein de du code de la santé publique.
- **Le 1° modifie l'article L. 162-1-11 qui donne aux organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie une mission générale d'information des assurés sociaux, en particulier sur la situation des professionnels de santé au regard de leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 4133-1 du code de la santé publique. En effet, l'article 114 de la loi du 26 janvier 2016 précitée a abrogé l'article L. 4133-1 du code de la santé publique relatif à l'obligation de développement professionnel continu (DPC) des médecins. Cette obligation figure maintenant à l'article L. 4021-1 et concerne l'ensemble des professionnels de santé. La modification proposée a pour objet de rétablir une cohérence des termes employés dans le code de la santé publique résultant des dispositions de la loi du 26 janvier 2016 précitée.**
- **Le 2° rectifie une erreur rédactionnelle. Les dispositions du deuxième alinéa du 2° du I de l'article 164 de la loi du 26 janvier 2016, qui modifient l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale, font référence aux dispositions relatives à la détermination des zones**

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p>	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

géographiques caractérisées par des offres de soins soit sous-dotées, soit sur-dotées. Or ces dispositions ont elles-mêmes été modifiées par l'article 158 de la loi du 26 janvier 2016. La détermination des zonages relève désormais de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et non plus L. 1434-8.

- Le 3° vise également à rectifier une erreur rédactionnelle. La fusion des deux collèges de médecins spécialistes, mise en œuvre par l'article 164 de la loi du 26 janvier 2016, n'interviendra qu'à compter des prochaines élections des unions régionales des professionnels de santé (URPS), qui n'interviendront elles-mêmes qu'à l'automne 2020. Cette fusion de ces collèges (deux collèges au lieu de trois au total) est donc d'application différée, en application des dispositions du II de l'article 164 de la loi du 26 janvier 2016. La rédaction du 5° du I de l'article 164 de la loi du 26 janvier 2016 modifie en conséquence les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui font référence à ces collèges, en spécifiant « deux collèges » et non plus « trois collèges ». La modification permet de simplifier la rédaction du quatrième alinéa de cet article, en se référant aux collèges sans en mentionner le nombre, afin de rendre applicable l'article en toutes circonstances.

## ✧ Jurisprudence

-

## ✧ Doctrine

**1. J. Peigné, « Un dispositif commun pour les actions de groupe », note in *Dictionnaire permanent de Santé, bioéthique, biotechnologies*, n°277, janvier 2017, p.2**

Les actions de groupes ont été introduites par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Le socle commun instauré par la loi n°2015-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle concerne cinq catégories d'actions : discrimination, discrimination au travail, environnement, données personnelles et santé.

**2. T. Noël, « Un test salivaire de dépistage de produits stupéfiants peut être pratiqué par l'employeur », JCP Soc., n°3, 24 janvier 2017, p.1022**

L'auteur commente l'arrêt du Conseil d'État du 5 décembre 2016, n°394178 qui se prononce, pour la première fois, sur la légalité du recours au test salivaire de dépistage de consommation de produits stupéfiants en entreprise : le test salivaire n'est pas un examen de biologie médicale réservé au biologiste médical ou à un médecin. Il peut être pratiqué par l'employeur, sous certaines conditions, notamment lorsque les salariés concernés occupent des postes dits « hypersensibles », et ce afin de lui permettre de répondre à son obligation de prévention des risques professionnels. L'employeur est tenu au secret professionnel.

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p style="text-align: center;">- Droit de la santé</p>
	<p style="text-align: center;"><b>VEILLE JURIDIQUE JANVIER 2017</b></p>	<p><b>Auteur :</b> Nora Boughriet, Docteur en droit <b>Date de mise à jour :</b> 01/02/2017</p>

**3. C. Vioujas**, « La loi Montagne et l'accès aux soins », note *in JCP Adm. et Coll.* n°2, 16 janvier 2017, p. 37

Les dispositions de la loi du 28 décembre 2016 de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne qui concernent la sphère médicale ont pour effet de lutter contre les déserts médicaux et de favoriser l'accès aux soins. L'auteur souligne que les territoires de montagne sont pris en considération et intégrés dans les schémas régionaux de santé et que cette loi permet à l'ARS d'autoriser des médecins à dispenser des médicaments aux patients par dérogation au monopole pharmaceutique. Toutefois il lui semble improbable que cette loi suffise à régler la question des déserts médicaux.

**4. E- de K. Singh et al.**, « **Many Mobile Health Apps Target High-Need, High-Cost Populations, But Gaps Remain** », note *in Health Affairs*, décembre 2016, Vol. 35, n°12, p. 2310)

Bien que les applications e-santé ne cessent de se multiplier, il n'existe toujours pas de réelle stratégie pour déterminer la façon dont les fournisseurs devraient évaluer et recommander de telles applications mobiles aux patients. Il n'existe aucune recommandation officielle sur l'usage de telles applications émanant des professionnels de la santé, des compagnies d'assurances et des autorités de police sanitaire,

Une enquête a donc été réalisée auprès de 137 patients ayant eu recours à des applications e-santé y compris de simples tentatives d'utilisation. D'une part, il existe peu d'applications répondant aux besoins de ces patients. D'autre part, les évaluations des consommateurs comportent très peu d'informations sur l'utilité clinique ou la facilité d'utilisation de ces applications. Enfin, la plupart des applications ne répondent pas de façon appropriée dans les cas où un utilisateur mentionne une information sur la santé potentiellement dangereuse. Quid de la protection et de la sécurité des données personnelles dans le développement des applications mobiles en santé ?

#### ✧ **Rapports, avis, décisions, recommandations**

##### **- Défenseur des droits, *Protection juridique des majeurs vulnérables*, rapport 2016.**

Outre l'analyse des réclamations adressées au Défenseur des droits, ce rapport a pu être élaboré grâce aux témoignages et auditions des acteurs de terrain en prise quotidienne avec les problématiques abordées. Dans le cadre de ses relations avec la société civile, le Défenseur des droits a constitué un comité d'entente handicap, composé des principales associations représentatives des grandes catégories de handicap. Il se réunit régulièrement pour faire le point de la situation et des besoins en matière de respect des droits des personnes handicapées. Le Défenseur des droits est aussi à l'écoute des acteurs de terrain (juges d'instance, mandataires judiciaires, médecins et personnels de santé, associations tutélaires, ...).

Une série d'entretiens a ainsi été menée auprès de ces différents acteurs. Le Défenseur des droits a également participé à diverses manifestations (colloques, journées d'étude, séminaire, ...) sur la thématique de la protection juridique des majeurs.

[http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-majeurs\\_vulnérables-v5-num.pdf](http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-majeurs_vulnérables-v5-num.pdf)