

	<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;">VEILLE JURIDIQUE SEPTEMBRE 2017</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 08/10/2017</p>

Législation et réglementation internes et européennes

-

Jurisprudence

1. TA Nancy, 14 septembre 2017, n°1702368 : Obstination déraisonnable et arrêt des traitements sur un enfant

Dans le cadre d'une procédure référé suite à la décision médicale de débrancher l'appareil respiratoire qui maintient en vie un enfant, l'expertise confiée à un collège de trois médecins a pour objets de « *déterminer son niveau de souffrance* », « *de se prononcer sur « le caractère irréversible des lésions neurologiques de l'enfant »* et d'indiquer « *le caractère raisonnable ou non du maintien de l'assistance respiratoire* ». Telle que l'expertise le commande, le Juge des référés suspend la décision de mettre terme à la ventilation de l'enfant.

Doctrines

1. « Le Comité d'éthique s'est prononcé : Oui à l'IAD, sous conditions. Non à la GPA ». Dans la revue *Les Petites Affiches*, interview de F. KUTTENN, membre du CCNE, n°177-178, 6 septembre 2017, p. 4

Au travers de six questions de S. TARDY-JOUBERT, le Docteur KUTTENN commente l'avis récent du CCNE :

- elle émet des réserves sur l'utilité de l'autoconservation ovocytaire
- elle confirme l'opposition du CCNE à la Gestation Pour Autrui (GPA) qui repose sur l'absence de droit à l'enfant et le refus d'instrumentalisation du corps de la femme
- elle indique les difficultés inhérentes à l'Insémination Artificielle avec Donneur (IAD) : suppression volontaire des pères, rareté des dons de gamètes, danger de la remise en question de la gratuité des éléments issus du corps humain

2. « EHPAD : prescription et administration de médicaments, à améliorer ». Dans la revue *Prescrire*, n°407, septembre 2017, p. 703

Une étude a été réalisée en Alsace au sein de 10 EHPAD liés à une pharmacie d'officine pour la dispensation de leurs médicaments :

- 43% des résidents prennent plus de 8 médicaments par jour
 - 74% des médicaments étaient potentiellement inappropriés chez les patients âgés
 - 8% des prescriptions contiennent au moins une association à haut risque d'effets indésirables
- ➔ Des pistes d'amélioration sont envisagées : développer l'usage de listes de médicaments de référence ou au contraire potentiellement inappropriés pour les personnes âgées ; sensibiliser aux problèmes liés aux associations médicamenteuses ; instituer une communication plus systématique entre l'équipe soignante et la pharmacie

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	- Droit de la santé
	<p>VEILLE JURIDIQUE SEPTEMBRE 2017</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 08/10/2017</p>

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

1. **Les Urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé**, L. COHEN, C. GÉNISSON et R.-P. SAVARY au nom de la Commission des Affaires sociales sur les urgences hospitalières, rapport d'information n°685, 12 septembre 2017

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-685-notice.html>

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Améliorer le fonctionnement concret des services d'urgences hospitaliers...

· par une évolution de la tarification incitant les services à se recentrer sur la prise en charge des situations les plus graves

Proposition n° 1 : Utiliser le levier financier pour inciter les services d'urgences à se concentrer sur la prise en charge des patients nécessitant une intervention hospitalière, en modulant le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, et en créant un forfait de réorientation vers les structures de ville.

· par la généralisation de bonnes pratiques existant dans certains établissements de santé

Proposition n° 2 : Développer les circuits courts de prise en charge, ou *fast-tracks*, dans l'ensemble des services d'accueil des urgences, en veillant à ce que leur gestion soit assurée par des praticiens expérimentés.

Proposition n° 3 : Généraliser la fonction de gestionnaire des lits, ou *bed manager*, à l'ensemble des établissements hospitaliers, le cas échéant à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Proposition n° 4 : Mettre fin aux fermetures de lits dans les services de médecine et de chirurgie générales, et leur rendre une place suffisante pour absorber les variations de prise en charge en aval des urgences.

Proposition n° 5 : Développer les services de gériatrie aiguë dans les établissements de santé et, chaque fois que cela est possible et pertinent, favoriser l'admission directe des personnes âgées dans ces services sans passer par les urgences.

Proposition n° 6 : Développer l'usage des équipements de biologie médicale embarquée dans les Smur.

Proposition n° 7 : Conforter les prises en charge filiarisées existant pour l'infarctus du myocarde et l'AVC, et étendre cette organisation à d'autres pathologies.

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p>VEILLE JURIDIQUE SEPTEMBRE 2017</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 08/10/2017</p>

· par une meilleure prise en compte des conditions de travail des équipes

Proposition n° 8 : Généraliser la mutualisation trifonctionnelle des équipes médicales (Smur / régulation / accueil des urgences), et favoriser l'extension de cette organisation aux professions paramédicales sur la base du volontariat.

Proposition n° 9 : Mieux prendre en compte la fonction d'accueil dans la formation initiale des soignants et la définition des effectifs exerçant aux urgences.

Proposition n° 10 : Ouvrir le débat quant à la création d'une spécialité d'infirmier urgentiste.

Améliorer la coordination entre la médecine d'urgence hospitalière et la prise en charge des soins non programmés en ville...

· en développant les possibilités de prise en charge non programmée sans avance de frais en dehors des services d'urgences hospitaliers

Proposition n° 11 : Elargir les horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au samedi matin.

Proposition n° 12 : Renforcer le maillage du territoire en centres de santé et assurer leur ouverture plus large à l'accueil des urgences, notamment par l'extension de leur amplitude horaire.

Proposition n° 13 : Renforcer l'information des patients sur les acteurs de la permanence et de la continuité des soins, ainsi que l'éducation des personnes sur la conduite à tenir en cas de problème de santé inopiné (s'agissant notamment des parents, des assistants maternels ou encore des personnels de crèche), dans le cadre d'une politique de prévention.

Proposition n° 14 : Expérimenter une exonération totale du ticket modérateur pour l'ensemble des patients s'adressant à un professionnel de ville aux horaires de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Proposition n° 15 : Privilégier la proximité, voire l'adossement des maisons médicales de garde (MMG) à un service d'urgences, et encourager la conclusion de protocoles de réadressage entre les structures.

Proposition n° 16 : Généraliser le tiers-payant intégral dans l'ensemble des maisons médicales de garde (MMG).

· en mettant en place une tarification incitative à la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux

Proposition n° 17 : Créer une lettre clé spécifique pour les consultations non programmées prises en charge par les médecins libéraux, et mieux valoriser les visites à domicile effectuées par les médecins généralistes.

· en renforçant la qualité de la régulation médicale

Proposition n° 18 : Revenir sur la mise en place du numéro 116 117 pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins.

Proposition n° 19 : Généraliser la mutualisation de la régulation médicale entre les équipes de l'aide médicale urgente et les professionnels libéraux.

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p>VEILLE JURIDIQUE SEPTEMBRE 2017</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 08/10/2017</p>

Proposition n° 20 : Mettre en place une formation initiale obligatoire et standardisée d'au moins deux ans, incluant des périodes de stage et sanctionnée par un diplôme qualifiant, pour l'exercice de la profession d'assistant de régulation médicale (ARM).

2. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Avis relatif au certificat de non contre-indication à la pratique du sport, 21 juin 2017

Le Haut Conseil de la Santé Publique a été saisi par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction des Sports (DS) sur le certificat de non contre-indication à la pratique du sport chez les enfants.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 24 août 2016, un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive est exigé pour la première délivrance d'une licence sportive et lors de son renouvellement tous les trois ans, sauf pour certaines disciplines particulières. Dans l'intervalle des trois ans, le sportif remplit un auto-questionnaire de santé, selon le modèle présenté dans l'arrêté du 20 avril 2017.

Dans son avis, le HCSP rappelle l'intérêt de la pratique d'une activité physique ou sportive tout au long de la vie, que cette pratique doit tenir compte du développement et de l'environnement de chaque enfant et que la surveillance de la santé de l'enfant sportif doit s'intégrer dans le cadre plus général du suivi de la santé de l'enfant.

Il recommande que :

- le certificat de non contre-indication soit établi lors des examens systématiques de l'enfant, que les activités sportives pratiquées soient notées dans le carnet de santé, que des examens complémentaires ne soient demandés qu'en présence de signes d'appel, qu'un auto-questionnaire de santé spécifique de l'enfant soit établi après une évaluation de sa faisabilité et de sa pertinence ;
- la période de l'adolescence fasse l'objet d'une vigilance particulière et que les examens médicaux de prévention soient réalisés au minimum tous les deux ans pour les adolescents.

3. N. DURAND, Dr J. EMMANUELLI, Les Réseaux de soins, juin 2017

L'IGAS a été saisie en 2016 d'une mission d'évaluation des réseaux de soins, conformément à la Loi Le Roux du 27 janvier 2014. Ces réseaux de soins reposent sur des conventions conclues entre des organismes d'assurance maladie complémentaire et des professionnels de santé. Ces derniers s'engagent contractuellement à respecter des tarifs plafonds pour une liste de produits/prestations, avec des garanties de qualité ou de service associées.

Les réseaux de soins sont apparus dans les années 90 mais n'ont véritablement pris leur essor qu'au milieu des années 2000, avec la création de « plateformes de gestion » : CarteBlanche, Istya, Itelis, Kalivia, Santéclair et Sévéane. En 2016, 45 millions d'assurés avaient potentiellement accès à ces réseaux, qui comptent chacun plusieurs milliers de professionnels de santé. C'est dans le secteur de l'optique que les réseaux de soins gérés par ces plateformes sont les plus développées (un tiers des parts de marché en 2016, +11% en un an). Ils sont également bien implantés et en

	<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;">VEILLE JURIDIQUE SEPTEMBRE 2017</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 08/10/2017</p>

expansion dans le secteur des aides auditives (20 % du marché), et de façon beaucoup plus modeste dans le secteur dentaire.

La mission observe un écart de prix notable entre les soins (ou produits) consommés via un réseau et ceux consommés hors réseau, particulièrement en optique : environ -20 % pour des verres adultes et -10 % pour des montures. Dans le secteur des aides auditives, la différence de prix est plus limitée (autour de - 10 %). Dans le secteur dentaire, elle semble encore plus réduite, avec cependant des écarts importants pour certaines plateformes.

La mission souligne également l'intérêt des réseaux dans la lutte contre la fraude (contrôle *a priori* et *a posteriori* des produits et prestations). En revanche, l'impact des réseaux de soins sur la qualité est plus difficile à apprécier. L'essentiel du contrôle porte sur les moyens de la qualité, y compris dans le secteur dentaire : sélection des professionnels, choix des dispositifs/produits, application des règles et recommandations générales... Quant à la qualité finale, il est très difficile de porter un jugement sur l'impact des réseaux, faute d'indicateurs fiables.

Du point de vue de l'accès aux soins, les réseaux ont un effet globalement favorable : la mission constate un écart important de reste à charge en faveur des assurés qui recourent aux réseaux (- 50 % en optique, -20 % en audio). Cet écart est dû, pour l'essentiel, aux différences de prix, mais aussi à l'amélioration du remboursement complémentaire. En revanche, l'impact des réseaux sur l'accès aux soins du point de vue géographique est plus incertain. Par ailleurs, les réseaux auraient tendance à accentuer les inégalités liées à la couverture complémentaire (qualité des contrats).

Enfin, les réseaux de soins opèrent une restriction de la liberté de choix et de prescription, modérée pour les patients mais très forte pour les professionnels de santé (sur le plan financier et sur le plan des pratiques que les réseaux encadrent très fortement).

Compte tenu de ces constats, la mission recommande d'améliorer la connaissance (très lacunaire) des réseaux de soins et de leur impact sur le système de santé, grâce à un dispositif structuré de recueil de données et des études *ad hoc* : effet prix et effet volume liés aux réseaux, impact sur l'accès aux soins...

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article620>

4. Vaccination obligatoire, Question à l'Assemblée nationale, août-septembre 2017

La Ministère de la santé répond aux inquiétudes relatives à l'extension de la vaccination obligatoire. Elle rappelle les bénéfices de l'immunité de groupe, les dangers en cas de vaccination insuffisante et la prise en charge à 100% par la sécurité sociale. Elle indique l'absence avérée de préoccupations particulières concernant la sécurité des vaccins concernés. Enfin, si l'article L. 3116-4 du code de la santé publique précise que « *le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination (...) sont punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende* », dans les faits, cette loi est très rarement appliquée.

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-737QE.htm>