

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p>VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2018</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 15/12/2018</p>

Législation et réglementation internes et européennes

- ▶ **Note d'information N° DSS/SD1A/DGOS/R2/2018/259 du 13 novembre 2018 relative à la mise en oeuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).**

La réforme du financement des transports de patients votée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 est entrée en vigueur le ^{er} octobre 2018.

Auparavant les transports de patients entre établissements étaient financés d'une part, par l'enveloppe des soins de ville (transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie / transferts définitifs entre deux entités juridiques) et d'autre part, par le budget des établissements de santé (transfert provisoires hors séances / transfert entre deux entités géographiques d'une même entité juridique). La réforme confie aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers ».

A l'occasion de réunions de concertation aux niveaux national et régional, les fédérations d'établissements et les fédérations de transporteurs sanitaires ont fait état de difficultés de mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau cadre.

La présente note d'information apporte des précisions sur le cadre réglementaire et les modalités de la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des dépenses de transports prévue par l'article 80 de la LFSS pour 2017 entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018.

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/12/cir_44140.pdf

Questions à l'Assemblée Nationale / Sénat

-

Jurisprudence

1. CE, 28 novembre 2018, n°424135 : fin de vie, décision, champ d'application limité dans le temps

Le Conseil d'Etat nous apporte des précisions quant à l'application de la loi sur la fin de vie. Et rappelle que, si un médecin peut, à l'issue d'une procédure collégiale, décider de ne pas entreprendre un traitement en cas d'urgence vitale pour un patient, cette décision doit respecter le droit des proches à un recours. Par ailleurs, elle doit être limitée dans le temps et ne peut être exécutée qu'en l'absence d'évolution favorable de l'état du patient.

En l'espèce, une équipe médicale avait pris la décision, sans limiter ses effets dans le temps, qu'il ne serait pas fait appel à l'équipe de réanimation en cas de détresse vitale présentée par le patient. Le Conseil d'Etat précise de limiter le champ d'application d'une telle décision médicale en retenant une durée ne pouvant excéder trois mois. Au terme de ce délai, la décision peut toutefois être prolongée, le cas échéant, dans les mêmes conditions.

Fin
de
vie

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p>	<p>- Droit de la santé</p>
	<p>VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2018</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 15/12/2018</p>

Doctrine

Fin
de
vie

1. « Expertise des perspectives d'évolution de l'état d'un patient en état végétatif ». Dans la revue *Gazette du Palais* note de P. GRAVELEAU, novembre 2018, n°39, p. 37.

Article sur demande

Saisi en référé le 10 octobre 2018, le Conseil d'état a ordonné une nouvelle expertise auprès d'un praticien disposant de compétences reconnues en neurosciences avant que soit envisagée toute mesure de limitation des soins. La patiente victime d'accidents neurologiques est hémiplégique. Elle récupère progressivement sa capacité respiratoire. De même, la famille constate des signes comportementaux susceptibles d'être interprétés différemment que comme de simples réflexes. Il apparaît au regard de ces éléments nécessaire de mener une nouvelle expertise avant toute décision de limitation des soins.

Fin
de
vie

2. « Du côté du droit. Fin de vie chez les mineurs : qui décide ? ». Note de D. BERTHIAU, novembre 2018.

En tant que titulaires de l'autorité parentale, ce sont normalement les parents qui prennent les décisions pour leur enfant dans son meilleur intérêt (Art.371-1, Code Civil). Sauf dans ce régime particulier où le pronostic vital de l'enfant peut être engagé, instauré par la loi en 2005 et confirmé en 2016 (Art L. 1110-5, CSP). La requête des parents devant la Cour européenne des droits de l'homme, contestant cette décision de la haute juridiction française, a été rejetée. Il vient de leur être répondu que la réponse du Conseil d'Etat était conforme à la Convention Européenne des droits de l'homme (CEDH, Requête n° 1828/18 Djamila AFIRI et Mohamed BIDDARRI contre la France).

Toute question n'est pas pour autant résolue pour le mineur. On ne sait rien aujourd'hui par exemple de la valeur à donner à son expression lorsqu'il en est capable, face aux positions parentales et médicales, en particulier s'il formulait une demande d'arrêt des traitements.

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/fin-de-vie-chez-les-mineurs-qui-decide-de-laffaire-marwa-a-laffaire-ines/>

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

1. HAS, Retours d'expérience sur les évènements indésirables graves associés aux soins. Rapport 2017, novembre 2018

La HAS publie ce jour son rapport qui fait le constat du démarrage effectif du dispositif de déclarations : 1 870 EIGS ont été déclarés de mars à décembre 2017, ce qui témoigne d'un bon début de mobilisation – à amplifier – des professionnels et des organisations sanitaires et médico-sociales. Cette déclaration, obligatoire pour tout professionnel, s'effectue depuis mars 2017 sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables (signalement-sante.gouv.fr)[1]. Les déclarations complètes sont anonymisées et transmises par les agences régionales de santé (ARS) à la HAS qui a pour mission de publier un rapport annuel assorti de recommandations.

- Sur les 1 870 déclarations initiales d'EIGS par les professionnels, 288 déclarations complètes et anonymisées ont été transmises par les ARS à la HAS qui les a analysées.

- Ces 288 EIGS ont été déclarés principalement par les établissements de santé (80%), puis par les structures médico-sociales (17%) et enfin par la ville (3%).

EIG

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p>VEILLE JURIDIQUE NOVEMBRE 2018</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 15/12/2018</p>

- Les EIGS entraînant des décès ont été les plus déclarés (44%), suivis des EIGS dont les conséquences sont la mise en jeu du pronostic vital (37%) et la survenue d'un probable déficit fonctionnel permanent (19%).

Pour cette première année d'analyse, la HAS dispose de trop peu de déclarations pour en tirer des enseignements et des conclusions généralisables. Toutefois, le travail effectué a permis de mettre en évidence des risques plus fréquemment déclarés :

- 28 cas d'erreurs médicamenteuses, 36 événements générés par un geste opératoire ou technique, 51 cas de suicide, 43 cas de défaillances de diagnostic et 41 cas de chute. Ces risques sont déjà identifiés par les professionnels et les établissements, et pour la plupart, des recommandations de bonne pratique ainsi que des plans d'action ont déjà été élaborés. La HAS rappelle l'importance de ces travaux et invite les professionnels à s'en saisir davantage pour réinterroger leurs pratiques.

- La HAS identifie un autre risque, moins connu en France : des départs de feu lors de l'utilisation d'un bistouri électrique au bloc opératoire. Pour l'éviter, la HAS publie une fiche décrivant concrètement les précautions et les solutions à mettre en place au sein des blocs opératoires.

- Un autre point d'amélioration a été retenu par la HAS : il s'agit de l'information délivrée aux patients et à leurs proches en cas d'EIGS. L'analyse de la HAS montre en effet que dans près d'un cas sur deux (hors décès), le patient ou ses proches n'ont pas été informés de la survenue du problème. Or ce temps d'échange entre le soignant et le patient doit être systématique car, dans ces situations difficiles, il permet de prendre en compte les besoins et les attentes des personnes qui ont subi l'événement.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-11/retour_dexperience_sur_les_evenements_indesirables_graves_associes_a_des_soins_eigs_rapport_annuel_2017.pdf

2. Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins, Rapport, novembre 2018

Le décret n°2016-1009 du 21 juillet 2016 a créé une commission, placée respectivement auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins, de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et de l'Ordre des sages-femmes, chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les professionnels de santé inscrits au tableau de chacun de ces ordres.

Ces commissions évaluent le nombre et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'elles jugent appropriés. Elles peuvent notamment recourir à des études, des tests de situation et des enquêtes auprès des patients. Elles analysent ces pratiques, leur nature, leurs causes et leur évolution. Elles produisent des données statistiques sur la base de ces analyses. Elles émettent des recommandations visant à mettre fin à ces pratiques et à améliorer l'information des patients. Elles ne statuent pas sur les situations individuelles.

Sur la base de leurs travaux et après audition des organisations de la profession reconnues représentatives au sens de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale, ces commissions remettent chacune un rapport annuel au ministre chargé de la santé.

	<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 NOVEMBRE 2018</p>	<p>Auteur : Nora Boughriet, Docteur en droit Date de mise à jour : 15/12/2018</p>

La commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins vient de rendre son rapport à la Ministre.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapport_commission_refus_de_soins_aupres_du_cnom_2018.pdf

3. M. MULLER et D. ROY, « L'EHPAD dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en 2015 », *Etudes et résultats*, DREES, novembre 2018, n°1094.

EHPAD

- En 2015, 150 000 personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont décédées, représentant un quart des décès annuels en France, selon l'enquête de la DREES auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les femmes, dont l'espérance de vie est plus élevée que les hommes, sont plus nombreuses à vivre en institution. Les résidents décèdent à 89 ans en moyenne, après une durée de séjour moyenne de trois ans et quatre mois.

- Un quart des décès de résidents en EHPAD n'ont pas lieu dans l'établissement même mais au cours d'une hospitalisation. Les hommes et les résidents les plus jeunes sont davantage concernés. Lorsqu'une infirmière est présente 24 heures sur 24, la probabilité de décéder lors d'une hospitalisation est plus faible. Lorsque l'EHPAD connaît des difficultés de recrutement, elle est plus élevée.

- Confrontés au quotidien à la fin de vie, la grande majorité des EHPAD ont mis en place des procédures liées à la pratique des soins palliatifs ou à la prise en charge de la fin de vie. La présence de ces dispositifs varie, cependant, selon les caractéristiques de l'établissement.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1094_toile.pdf

4. CNIL, *Dossier médical Partagé : questions-réponses*, novembre 2018

Relancé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, le dossier médical partagé (DMP) est le dossier numérique du patient au service de la continuité et de la coordination des soins. 40 millions de DMP devraient être créés d'ici 5 ans.

<https://www.cnil.fr/fr/dossier-medical-partage-dmp-questions-reponses>
