

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	- Droit de la santé
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

## Législation et réglementation internes et européennes

**COVID-19 et mesures générales Décret n°2020-1310 du 29 octobre 2020** prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JO du 30 octobre 2020.

**Décret n°2020-1294 du 23 octobre 2020** modifiant le décret n°2020-1262 du 16 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JO du 24 octobre 2020.

**Arrêté du 16 octobre 2020** pris par le Ministre des Solidarités et de la Santé, modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JO du 17 octobre 2020.

**Arrêté du 9 octobre 2020** pris par le Ministre des Solidarités et de la Santé, modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JO du 10 octobre 2020.

**Arrêté du 5 octobre 2020** pris par le Ministre des Solidarités et de la Santé, modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JO du 6 octobre 2020.

**Arrêté du 3 octobre 2020** pris par le Ministre des Solidarités et de la Santé, modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, JO du 4 octobre 2020.

⇒ Sont abordés notamment les transports, la mise en quarantaine et le placement à l'isolement, les établissements et activités, les soins funéraires, les médicaments et le contrôle des prix.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042475143>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042430864>

### **Covid-19 et mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé**

**Arrêté du 26 octobre 2020** pris par le Ministre des Solidarités et de la Santé, modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JO du 28 octobre 2020.

Le déploiement de la stratégie des tests, en particulier le développement du recours aux tests antigéniques, nécessite la réalisation de ces examens par les médecins, les infirmiers et les pharmaciens. Il convient, en conséquence, de prévoir les conditions de facturation et de prise en charge de leurs actes par l'assurance maladie, notamment dans l'attente des dispositions législatives nécessaires pour permettre l'enregistrement de l'ensemble de ces tests dans le traitement SI-DEP.

L'évolution de l'épidémie nécessite d'amplifier la capacité de test sur le territoire national et notamment de permettre la réalisation de tests dans tout lieu autre que ceux dans lesquels exercent habituellement les professionnels de santé. Les masques de protection du stock national encore détenus par les officines et les grossistes répartiteurs doivent pouvoir être distribués à certains professionnels et publics prioritaires.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042469123>

**COVID-19 et état d'urgence sanitaire Décret n°2020-1257 du 14 octobre 2020** déclarant l'état d'urgence sanitaire, JO du 15 octobre 2020.

Eu égard à sa propagation sur le territoire national, telle qu'elle ressort des données scientifiques disponibles qui seront rendues publiques, l'épidémie de covid-19 constitue une catastrophe sanitaire mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population, justifiant que l'état d'urgence sanitaire soit déclaré afin

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

que les mesures strictement proportionnées aux risques sanitaires encourus et appropriées aux circonstances de temps et de lieu puissent être prises.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042424377>

**Identification électronique des professionnels de santé** **Projet d'ordonnance relative à l'identification électronique des utilisateurs de services numériques en santé** et modifiant le code de la sécurité sociale, 27 octobre 2020

Aujourd'hui, un **triple constat d'échec** s'impose dans le secteur de la santé sur l'identification électronique :

1. de nombreuses personnes ne peuvent pas accéder à des services numériques en santé, faute de disposer d'un moyen d'identification électronique ;
2. de nombreux services numériques en santé n'ont pas un niveau de sécurisation suffisant en ce qui concerne l'identification électronique ;
3. pour respecter la réglementation en vigueur, chaque fournisseur de service numérique en santé doit faire de son côté le même travail chronophage : devenir fournisseur d'identité, délivrer des moyens d'identification électroniques à ses utilisateurs et les maintenir.

Cette ordonnance comporte **plusieurs volets correspondant à plusieurs objectifs** :

1. Donner un ancrage juridique et assurer l'extension des répertoires professionnels de référence, afin que l'ensemble des professionnels intervenant dans le système de santé, qu'ils relèvent du secteur sanitaire ou du secteur médico-social, puissent y être enregistrés et que, sur cette base, ils puissent se voir délivrer des moyens d'identification électronique fournis par la puissance publique.

2. Donner un ancrage juridique à deux dispositifs fournis par la puissance publique destinés à permettre, en pratique, l'identification électronique des professionnels intervenant dans le système de santé, pour faciliter leurs accès aux services numériques en santé :

- la e-CPs, qui est une application mobile, moyen d'identification électronique particulièrement utile dans les usages en mobilité ;
- le fédérateur de fournisseurs d'identité / de moyens d'identification électronique « Pro Santé Connect », équivalent du mécanisme « France Connect » existant pour les particuliers, qui permet aux fournisseurs de services en santé d'intégrer plus facilement, en suivant le protocole Open ID, les moyens d'identification électronique fournis ou agréés par la puissance publique.

3. Définir un niveau de garantie minimum pour l'identification électronique (voire, dans certains cas, les moyens d'identification électronique / fédérateurs à utiliser) au sein des fournisseurs de service en santé, notamment s'ils appartiennent à certaines catégories sensibles – par exemple s'ils traitent de données de santé à caractère personnel au sens du RGPD.

<https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/tris/fr/search/?trisaction=search.detail&year=2020&num=674>

**Professionnels de santé et refus de soins discriminatoires** : **Décret n°2020-1215 du 2 octobre 2020** relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux, JO du 4 octobre 2020.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042393603>

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

## Questions à l'Assemblée Nationale / Sénat

## Jurisprudence

### COVID-19 ; Restrictions de la liste des personnes vulnérables

**CE, Juge des référés, 15 octobre 2020, n°444425** : le juge des référés du Conseil d'État a suspendu jeudi 15 octobre 2020 les dispositions d'un décret restreignant la liste des travailleurs vulnérables face au Covid-19 ayant droit au chômage partiel, le gouvernement promettant en réponse de « faire évoluer » son dispositif.

En l'espèce :

- le nouveau décret prévoyait le maintien du système pour les « plus fragiles », selon les ministères du Travail et de la Santé : malades atteints d'un cancer évolutif, d'une immunodépression, d'une insuffisance rénale chronique sévère, dialysés et personnes de plus de 65 ans présentant un diabète associé à une obésité ou à des complications micro ou macro-vasculaires.

- En revanche disparaissaient de la liste les plus de 65 ans, les personnes ayant des antécédents cardiovasculaires, un diabète non équilibré, une pathologie chronique respiratoire ou encore une obésité. Ces personnes devaient dès lors pouvoir reprendre le travail.

Saisi en référé, notamment par la Ligue nationale contre l'obésité, le Conseil d'État a suspendu les nouveaux critères de vulnérabilité, estimant que le gouvernement n'avait « *pas suffisamment justifié, pendant l'instruction, de la cohérence des nouveaux critères choisis* », notamment le fait que le diabète ou l'obésité n'ont été retenus que lorsqu'ils sont associés chez une personne âgée de plus de 65 ans.

⇒ En l'absence d'une nouvelle décision gouvernementale, les précédents critères continuent de s'appliquer, a précisé la plus Haute juridiction administrative.

## Doctrine

**COVID-19 et interventions chirurgicales « Impact de la lutte contre la Covid-19 sur le nombre d'interventions chirurgicales dans le monde : étude d'observation en continu », Bulletin de l'OMS, V. N O'Reilly-Shah et coll., octobre 2020, n°10, volume 98, p.645-724.**

Les auteurs prouvent la fiabilité des données provenant d'applications mobiles de calcul consacrées à l'anesthésie et dotées d'une fonction de géolocalisation en tant qu'indicateur indirect du nombre d'interventions chirurgicales dans le monde, afin de suivre l'impact de la pandémie sur la capacité chirurgicale.

Résumé : <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/10/20-264044-ab/fr/>

Article en anglais : <https://www.who.int/bulletin/volumes/98/10/20-264044.pdf?ua=1>

**COVID-19 et accès aux soins « SARS-Cov-2 : l'épineuse question de l'accès aux soins au plus fort de la pandémie », Revue Juridique Personnes et Famille, A. Boulanger, n°10, octobre 2020**

Le 15 avril 2020 le Conseil d'Etat avait rejeté la demande d'associations souhaitant enjoindre à l'État de prendre des mesures visant à faciliter l'admission des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) aux établissements de santé, leurs accès effectifs à des soins palliatifs ainsi que la réalisation d'un test de diagnostic pour la Covid-19 en cas de décès en EHPAD ou à domicile (CE., 15 avril 2020, n°439910).

	<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</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

L'auteur analyse l'accès aux établissements de santé et plus particulièrement l'admission en réanimation. Puis il focalise sur l'accès aux soins palliatifs des personnes en EHPAD dit « l'ultime accompagnement ».

**COVID-19 et risques professionnels « Covid-19 : sous quelles conditions peut intervenir une prise en charge au titre des risques professionnels ? », *La Semaine Juridique Social*, P. Coursier, n°42, octobre 2020, p.3043**

Présentation du décret n°2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance en maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au Covid-19 et notamment le mécanisme de reconnaissance de la maladie professionnelle, selon qu'elle est présumée ou prouvée.

**« Coronavirus : les affections respiratoires aiguës des personnels de soins reconnues en maladies professionnelles », *Dictionnaire Permanent Social*, V. Guillemain n°1034, octobre 2020, p.6**

Présentation de la notion d'affectations respiratoires aiguës, la création des deux nouveaux tableaux qui leur sont consacrés, le délai de prise en charge et la reconnaissance des affections qui ne sont pas désignées dans ces deux nouveaux tableaux.

**Groupement hospitalier de territoire et Cour des comptes « Le fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire doit être amélioré », *AJDA*, L. Zaoui, octobre 2020, p. 1940.**

L'auteur présente les objectifs de la loi du 26 janvier 2016 : favoriser une meilleure coopération hospitalière, rendre plus efficace l'offre de soin publique et rationaliser les modes de gestion. Cependant le rapport de la Cour des comptes met en avant les nombreux dysfonctionnements et les objectifs non atteints.

**Secret médical et violences conjugales « Violences conjugales et levée du secret médical sans accord », *AJ Famille*, M.-P. Glaviano-Ceccaldi, 2020, p.467**

Précisions du rôle du Conseil national de l'Ordre des médecins dans la création d'une quatrième exception au secret médical, autorisant sa levée sans le consentement de l'intéressé lorsque le professionnel de santé estime en conscience que la victime est face à un danger grave et imminent.

**Secret médical après le décès du patient « Droit d'accès des ayants droit au dossier médical d'un défunt », *AJDA*, L. ZAOUI, octobre 2020, p.1759**

Si la loi autorise la transmission des seules informations nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits, l'opposition du patient fait obstacle à cette transmission post-mortem. Ne méconnaît pas ses obligations déontologiques le médecin qui refuse de communiquer le dossier médical d'un défunt à ses ayants droit, au motif que ce dernier s'était oralement opposé, de manière libre, éclairée, claire et non équivoque, à une telle communication avant sa mort, ce qu'apprécient souverainement les juges du fond (CE., 21 septembre 2020, n°427435).

**Erreur de diagnostic « Erreur de diagnostic et omission de porter secours, une lueur d'espoir ? », *RSC*, P. Mistretta 2020, n°2, p.397**

Quelle composante intentionnelle du délit d'omission de porter secours appliqué en matière médicale ? La Cour de cassation considère, dans un arrêt du 17 décembre 2019, qu'une éventuelle erreur de diagnostic ne saurait caractériser une abstention volontaire. (Cass., crim., 17 décembre 2019, n°19-83623)

**Manipulateur en électroradiologie médicale « Une mission Igas planche sur le métier de manipulateur en électroradiologie médicale », *HOSPIMEDIA*, C. NAYRAC, novembre 2020.**

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	- Droit de la santé
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

Retour sur l'information d'Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé qui a missionné l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en vue d'un rapport sur l'évolution des compétences et la formation, ainsi que l'attractivité de la profession de manipulateur en électroradiologie médicale.

## Rapports, Avis, Décisions, Recommandations, Communiqués de presse

**COVID-19 : recommandations en SSR** Face à la recrudescence de l'épidémie de la Covid-19, le ministère des Solidarités et de la Santé a mis en ligne trois fiches de recommandations destinées aux établissements et services de soins de suite et réadaptation (SSR) pour l'organisation interne et les parcours de sortie de réanimation des patients Covid+. Riches de l'expérience de la première vague épidémique, ces nouvelles lignes directrices revêtent la forme d'une liste d'actions en fonction de divers scénarii de l'évolution de l'épidémie.

**Les recommandations dans le contexte de l'épidémie (Ministère des Solidarités et de la Santé)**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations\\_pour\\_le\\_secteur\\_ssr\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19.pdf)

**Les recommandations en cas de dégradation de la situation épidémique (Ministère des Solidarités et de la Santé)**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations\\_pour\\_le\\_secteur\\_ssr\\_covid-19\\_reprise-epidemie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_pour_le_secteur_ssr_covid-19_reprise-epidemie.pdf)

**Les recommandations de structuration des filières des patients Covid+ (Ministère des Solidarités et de la Santé)**

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_sortie\\_reanimation-ssr\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_sortie_reanimation-ssr_covid-19.pdf)

**COVID-19 : recommandations en EHPAD et USLD** Les nouvelles consignes relatives aux visites et aux mesures de protection en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unité de soins de longue durée (USLD) ont été diffusées mercredi par le ministère des solidarités et de la santé

Conformément aux décisions du Conseil de défense et de sécurité nationale du 28 octobre 2020, le plan de lutte contre l'épidémie de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux demeure en vigueur dans ses principes, avec des adaptations visant à prendre en compte les conséquences des mesures prises pour la population générale et la dégradation de la situation épidémique.

Le présent document précise les recommandations désormais en vigueur s'agissant de l'organisation des visites et des mesures de protection au sein des EHPAD, des autres établissements médico-sociaux hébergeant des personnes âgées (résidences autonomie...) et des unités de soins de longue durée (USLD). Ces recommandations seront levées dès que la situation le permettra.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid\\_19\\_-\\_actualisation\\_consignes\\_visites\\_ehpad.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid_19_-_actualisation_consignes_visites_ehpad.pdf)

**COVID-19 : délai de transfert dans un service de soins de suite ou un EHPAD** Le HCSP actualise ses recommandations relatives au délai de transfert et maintien des mesures de prévention en services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) des patients atteints de Covid-19.

Ce délai dépend de la gravité clinique et de l'existence ou non d'une immunosuppression.

- **Pour les formes sans gravité chez un patient non immunodéprimé**, le transfert est possible au moins 7 jours après le début des signes cliniques ou de la date du prélèvement pour recherche de

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	- Droit de la santé
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

SARS-CoV-2 par RT-PCR et au moins 48 h après la fin des symptômes (fièvre et signes respiratoires) sous réserve du maintien des précautions de type gouttelettes et contact (distance physique, hygiène des mains, port du masque) pendant les 7 jours suivants.

- *Pour les patients immunodéprimés ou ayant une forme grave de Covid-19*, le transfert est possible au moins 10 jours après le début des signes cliniques ou de la date du prélèvement pour recherche de SARS-CoV-2 par RT-PCR et au moins 48 h après la fin des symptômes (fièvre et signes respiratoires) sous réserve du maintien des précautions de type gouttelettes et contact (distance physique, hygiène des mains, port du masque) pendant les 14 jours suivants.
- **En cas de découverte fortuite d'une infection par le SARS-CoV-2 chez un patient asymptomatique hospitalisé**, il est nécessaire de respecter des précautions complémentaires gouttelettes et contact pendant les 7 jours (14 jours si patient immunodéprimé) après la date du premier test RT-PCR SARS-CoV-2 positif.

**Au-delà de ces délais** : les précautions complémentaires (hygiène des mains, masques, distanciation physique) peuvent être levées et la réalisation d'un test RT-PCR SARS-CoV-2 sur prélèvement naso-pharyngé n'est pas recommandée.

**En revanche, en cas de transfert avant ces délais** : la détermination de la valeur du CT (cycle threshold) lors du test RT-PCR peut orienter la conduite à tenir : en effet un CT inférieur ou égal à 33 contre-indique le transfert.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=934>

#### **COVID-19 et mesures barrières en EHPAD Grille d'auto-évaluation des mesures barrières Covid-19 proposée par Mcoor**

La Fédération française des médecins coordonnateurs d'EHPAD (Ffamco) a édité en avril un guide avec la problématique : "*Comment endiguer l'épidémie de coronavirus dans les établissements médico-sociaux?*"

<https://tmsevents.fr/docs/ffamco/strategies-endiguement-covid19-ehpad.pdf>

Dans ce contexte Mcoor diffuse son tableau d'auto-évaluation à réaliser en équipe pluridisciplinaire « *afin de mettre en place un plan d'action pour une application optimale des recommandations* ».

[https://s3-eu-west-](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/210589/5944/Grille_Mcoor.pdf?1603201551)

[1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/210589/5944/Grille\\_Mcoor.pdf?1603201551](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/210589/5944/Grille_Mcoor.pdf?1603201551)

#### **COVID-19 et anti-corps Drees, « En mai 2020, 4,5% de la population en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. Premiers résultats de l'enquête nationale EpiCov », *Études & Résultats*, octobre 2020, n°1167.**

Ce numéro s'intéresse aux différents facteurs de contamination à la Covid-19 de la population française. D'après cette enquête, la séroprévalence du SARS-CoV-2, c'est-à-dire la proportion de personnes avec des anticorps contre le virus, estimée à partir de prélèvements réalisés au décours du confinement, en mai 2020, s'élève à 4,5 % en France métropolitaine parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus. La séroprévalence est la plus élevée à Paris (9,0 %), dans les départements de la petite couronne (9,5 %) et le Haut-Rhin (10,8 %).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-mai-2020-4-5-de-la-population-vivant-en-france-metropolitaine-a-developpe>

	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	- Droit de la santé
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

**Covid-19, médecins généralistes et reprise d'activité post confinement : Drees, « Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale » *Etudes & résultats*, n°1160, septembre 2020.**

Pendant la semaine du 11 mai 2020 qui marque la sortie du confinement lié à la crise sanitaire de la Covid-19, il est observé, malgré une reprise de l'activité, que plus de la moitié des médecins interrogés connaissent une baisse de volume horaire hebdomadaire estimée en moyenne entre 3% et 7,5% par rapport à une semaine de travail classique. Selon 9 médecins interrogés sur 10, les consultations liées au Covid-19 représentent moins de 25% de leur activité durant cette période. Parallèlement, on constate que les consultations ayant pour motif le suivi des maladies chroniques sont plus fréquentes que d'habitude, de même que les demandes de soins liés à la santé mentale. En revanche, on estime que les suivis pédiatriques sont plus rares que d'ordinaire.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1160\\_covid1\\_medecins-generalistes\\_bat.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1160_covid1_medecins-generalistes_bat.pdf)

**Covid-19, médecins généralistes et déconfinement : Drees, « Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement », *Etudes & résultats*, n°1161, septembre 2020.**

Un panel de médecins généralistes interrogés, durant les mois de mai et juin 2020, sur leurs opinions et perceptions quant à leur rôle à la sortie du confinement. Deux tiers d'entre eux estiment que le protocole d'identification et de notification auprès de l'Assurance maladie des « personnes contacts » de patients infectés est approprié, tandis que le dernier tiers des médecins fait part de leurs réticences notamment quant à sa complexité. Près de la moitié pensent que ce protocole n'est pas compatible avec leur charge de travail. Une très grande majorité des médecins interrogés estiment inciter leurs patients à respecter les gestes barrières avec efficacité et sont favorables à la généralisation du port du masque pendant le déconfinement. Seul un médecin sur quatre s'est fait tester depuis le début de l'épidémie tandis que les trois quarts des médecins déclarent avoir accès rapidement aux tests PCR-Covid-19 pour leurs patients.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1161\\_perceptions\\_et\\_opinions\\_des\\_medecins\\_bat.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1161_perceptions_et_opinions_des_medecins_bat.pdf)

**Covid-19, médecins généralistes et téléconsultation : Drees, « Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 », *Etudes & résultats*, n°1162, septembre 2020.**

Durant la première vague de l'épidémie de Covid-19, les trois quarts des médecins généralistes interrogés ont mis en place la téléconsultation contre moins de 5% auparavant. Néanmoins, certaines difficultés découlent de cette pratique : plus de la moitié de ceux qui l'ont utilisée estiment qu'un examen clinique en présentiel demeure souvent indispensable tandis qu'un peu moins de la moitié a souvent ou systématiquement dû faire face à des problèmes techniques. Globalement, les médecins sont partagés sur la satisfaction qu'ils retirent de cette pratique.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1162-te\\_le\\_consultation-bat.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1162-te_le_consultation-bat.pdf)

**Haute autorité de santé et pratiques des SAMU HAS, SAMU : Améliorer la qualité et la sécurité des soins, octobre 2020.**

Deux ans et demi après un fait divers qui a secoué le Samu du CHU de Strasbourg et au-delà les acteurs de la régulation dans leur ensemble, la HAS propose une « approche processus » pour améliorer la qualité des appels et la sécurité des soins.

Sept fiches associées détaillent ainsi :

- 1) le traitement des appels avant le décroché ;

	<p style="text-align: center;"><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

- 2) la gestion du flux d'appel ;
- 3) la réception des appels, la décision initiale et l'orientation du patient ;
- 4) l'engagement de moyens, l'acheminement, la prise en charge et le bilan des effecteurs ;
- 5) la prise en compte du bilan des effecteurs et de l'orientation du patient ;
- 6) le transport et le suivi de l'admission ;
- 7) le suivi des patients après un conseil médical.

Dans une autre partie, la HAS s'attèle à parler des critères d'évaluation balayant à cette occasion les indicateurs, les méthodes, la gestion des risques, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'expérience du patient. S'ajoutent enfin une cartographie générique des processus du Samu, ainsi que deux outils : une grille d'auto-évaluation de la démarche d'amélioration et une grille d'analyse des enregistrements d'appels.

#### **Onze prérequis essentiels :**

- 1) développer une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pilotée par le médecin responsable et le responsable qualité du Samu, par le biais d'une « *équipe engagée et soutenue* » par l'hôpital avec une « *cartographie des processus établie* » ;
- 2) promouvoir le travail en « *équipe pluriprofessionnelle formée aux compétences (non) techniques* » en tenant compte de la qualité de vie au travail et de la prévention des risques psychosociaux ;
- 3) consolider le fonctionnement des relations avec les partenaires, dont les effecteurs ;
- 4) anticiper la « *variabilité du flux d'appels* » et « *s'adapter en temps réel pour assurer la qualité du décroché* » grâce à des indicateurs clés ;
- 5) s'approprier les innovations des systèmes d'information et de téléphonie ;
- 6) sécuriser la prise en charge d'un appel par le binôme constitué de l'assistant de régulation médicale (Arm) et du médecin régulateur ;
- 7) garantir au patient son orientation dans un parcours de soins adapté ;
- 8) disposer d'indicateurs et de tableaux de bord pour piloter la qualité et adapter les ressources ;
- 9) mesurer les pratiques, entre autres par la « *réécoute des appels anonymisés* » ;
- 10) développer le retour d'expérience et une culture de sécurité par l'analyse des événements indésirables identifiés par les déclarations et les déclencheurs (« *triggers* ») ;
- 11) mettre en œuvre les modalités d'évaluation de la satisfaction des usagers.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/synthese\\_guide\\_qualite\\_samu.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/synthese_guide_qualite_samu.pdf)

[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3211255/fr/samu-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins)

#### **EHPAD et fin de vie Pour le développement d'une politique globale de fin de vie en EHPAD**

Le Cercle vulnérabilités et société publie une note de position pour aider les structures à « répondre à cet aspect essentiel de leur mission ».

Le Cercle vulnérabilités et société appelle à favoriser le développement d'une culture décomplexée de la mort dans les EHPAD, notamment en inscrivant ce sujet « *systématiquement* » dans les documents d'information destinés aux résidents et aux familles, dans les livrets d'accueil, le projet d'accompagnement personnalisé ou encore les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La formation des professionnels aux soins palliatifs, à l'accompagnement du deuil et à l'éthique occupe aussi une place importante. La note préconise de créer un effet de seuil mais aussi de passer des conventions avec les équipes mobiles de soins palliatifs. Par ailleurs, le temps relationnel doit être valorisé comme du temps de soins, poursuit le cercle, qui



	<p><i>Le droit pour les professionnels de santé</i></p> 	<p>- Droit de la santé</p>
	<p><b>VEILLE JURIDIQUE</b> <b>Octobre 2020</b></p>	<p><b>Auteur : JURIDIC'ACCESS</b> <b>Date de mise à jour : 10/11/2020</b></p>

soutient également le déploiement des approches non médicamenteuses et leur développement dans le cadre d'expérimentations.

Le Cercle vulnérabilités et société identifie cinq freins principaux au développement d'une politique globale de fin de vie en EHPAD :

- un déni social qui participe d'un sous-développement de cette culture ;
- une sous-médicalisation des EHPAD et un déficit de compétences spécifiques en matière de fin de vie ;
- un manque de temps et de reconnaissance de l'importance des aspects relationnels ;
- un manque d'anticipation et de travail collégial interdisciplinaire et réflexif ;
- des freins administratifs et financiers.

<https://www.vulnerabilites-societe.fr/note-de-position-fin-de-vie-en-ehpad-de-lhebergement-a-laccompagnement/>

<https://www.vulnerabilites-societe.fr/wp-content/uploads/2020/10/CercleVS-NoteFDV-EHPAD-Oct20.pdf>

\*\*\*\*\*