

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 25 novembre 2016 fixant le cahier des charges de définition de l'équipe de soins visée au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique

NOR : AFSZ1630595A

Publics concernés : professionnels de santé et non professionnels de santé des champs sanitaire, social et médico-social participant directement au profit d'une même personne 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.

Objet : cahier des charges fixant les conditions à respecter pour constituer la notion d'équipe de soins au sens du 3° de l'article L. 1110-12.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : l'appartenance de professionnels à une même équipe de soins détermine, en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les conditions à respecter pour partager les informations relatives à une même personne strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social, après information préalable de la personne. Le 3° de l'article L. 1110-12 renvoie à un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé de la santé le soin de déterminer les éléments constitutifs d'une équipe de soins lorsque sa composition ou son fonctionnement n'entrent pas dans les définitions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 1110-12.

Références : l'arrêté est pris en application de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. L'arrêté peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1110-4 et L. 1110-12 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-1,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges prévu au 3° de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique figure en annexe du présent arrêté.

Art. 2. – Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, la directrice générale de l'offre de soins et le directeur général de la cohésion sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 novembre 2016.

MARISOL TOURAINE

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES RELATIF À LA DÉFINITION DE L'ÉQUIPE DE SOINS AU SENS DE L'ALINÉA 3 DE L'ARTICLE L. 1110-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

I. – Rappel du cadre juridique fixé par la loi relatif à toute équipe de soins

L'appartenance de professionnels à une même équipe de soins détermine, en application de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les conditions dans lesquelles ces professionnels peuvent échanger et partager les informations relatives à une même personne.

L'échange de ces données consiste à communiquer des informations à un ou plusieurs destinataires clairement identifiés par un émetteur connu, dans les conditions prévues au présent code.

Le partage de ces données consiste à mettre à disposition de catégories de professionnels fondés à en connaître des informations dans les conditions prévues au présent code, respectant les conditions de confidentialité et de sécurité.

Les professionnels faisant partie de l'équipe de soins doivent respecter les règles d'échange et de partage fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui sont les suivantes :

- l'échange et le partage n'est possible qu'entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne ;
- ces professionnels participent directement 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 ;
- seules les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social de la personne peuvent être échangées ou partagées.

La qualification d'équipe de soins implique que les informations de la personne prise en charge sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe de soins, sans nécessité de recueillir le consentement de la personne pour chacun des professionnels de santé impliqués. La personne doit en revanche être préalablement informée et peut toujours exercer son droit d'opposition.

L'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 est propre à chaque patient. Elle n'est pas prescriptive : elle n'implique pas une modification des pratiques professionnelles. Elle a au contraire vocation à être suffisamment souple pour permettre l'échange et le partage des données de santé dans le respect des droits des personnes concernées, entre des professionnels agissant au bénéfice d'une même personne, ne relevant pas uniquement du secteur sanitaire et pouvant intervenir en dehors des murs de l'hôpital.

Dans certains cas, des dispositions législatives ou réglementaires qualifient expressément une organisation particulière de professionnels d'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12. On peut citer l'exemple des professionnels prenant en charge une personne âgée suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) qui constituent, en application de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles, une équipe de soins dès lors qu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé.

II. – Critères de qualification de l'équipe de soins en application du 3° de l'article L. 1110-12

Le présent cahier des charges constitue une grille d'analyse, afin de permettre aux professionnels de s'assurer de la réunion des critères prévus au 3° de l'article L. 1110-12.

Ces critères cumulatifs sont les suivants :

a) Les professionnels souhaitant constituer une équipe de soins participent directement au profit d'une même personne 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 ;

b) Cet ensemble de professionnels comporte au moins un professionnel de santé.

Il s'agit des professionnels désignés dans la 4^e partie du code de la santé publique (livre I^{er} : Professions médicales ; livre II : Professions de la pharmacie ; livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires) ;

c) Cet ensemble de professionnels présente une organisation formalisée et des pratiques conformes au présent cahier des charges.

Pour répondre à l'exigence de disposer d'une organisation formalisée, il n'est en aucun cas exigé la création d'une personne morale *ad hoc*. Cette organisation doit en revanche au minimum résulter du respect, par l'ensemble des professionnels souhaitant constituer une équipe de soins, des pratiques suivantes :

- ces professionnels mettent en œuvre des protocoles communs relatifs 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 terme de protocole désigne un ensemble de consignes formalisées à suivre ou de techniques à utiliser dans différentes situations clairement identifiées ;
- ils conduisent ensemble des actions d'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier au cours de réunions périodiques de suivi (par exemple, pour analyser des prises en charge complexes, des événements indésirables associés aux soins, etc.) ;
- en outre, l'échange ou le partage des données de santé entre les membres de l'équipe de soins s'appuient sur un système d'information conforme aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite loi informatique et libertés, ainsi qu'aux dispositions du code de la santé publique, notamment l'article L. 1111-8 et l'article L. 1110-4-1 en cas d'utilisation de moyens électroniques. Les professionnels doivent notamment déterminer le responsable du traitement de données de santé à caractère personnel, conformément à l'article 3 de la loi informatique et libertés précitée.

Conformément à l'organisation retenue au sein de l'équipe, la personne concernée est préalablement informée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du professionnel membre de l'équipe de soins et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie. L'information de la personne est réalisée à partir d'un document synthétique reprenant ces exigences auquel est annexée la liste des différentes catégories de professionnels concernés. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne

concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical.

III. – Illustrations de qualification de l'équipe de soins en application du 3° de l'article L. 1110-12

Les ensembles de professionnels décrits ci-après sont susceptibles de remplir les critères du 3° de l'article L. 1110-12 précisés par le présent cahier des charges. Ces exemples sont des illustrations, qui n'exonèrent pas les professionnels concernés d'une analyse au cas par cas.

L'ÉQUIPE DE SOINS DANS LE CADRE DU PROGRAMME « TERRITOIRE DE SOINS NUMÉRIQUE »

Les équipes de soins mobilisées dans le cadre des projets « Territoire de soins numérique » sélectionnées sur décision du premier ministre du 4 septembre 2014, ne prenant pas la forme d'une plate-forme territoriale d'appui, sont susceptibles de remplir les conditions du 3° de l'article L. 1110-12.

Le programme Territoire de soins numérique, dont le cahier des charges de l'appel à projets a été approuvé par arrêté du 29 novembre 2013, a pour objectif d'expérimenter de nouvelles modalités de prise en charge et de coordination entre acteurs ; prévention, organisation des soins de proximité, de prise en charge et de suivi des patients, de coordination/partenariat entre les différents acteurs de la chaîne de soins.

Les projets sélectionnés au niveau national mobilisent, sur un bassin de santé, un ensemble d'acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, couvrant de façon complète le parcours de santé du patient (premier recours, recours spécialisé, établissement de santé, secteur médico-social). Le critère relatif à la présence d'au moins un professionnel de santé est donc systématiquement rempli. En outre, tous les professionnels impliqués dans la prise en charge d'une même personne sont engagés contractuellement.

Dans ce contrat, sont précisées les modalités du travail pluri-professionnel telles que l'organisation des concertations, la définition de protocole(s) pluri-professionnel(s) communs et l'utilisation d'un système d'information sécurisé permettant l'échange ou le partage des données et l'information du patient pris en charge.

L'ÉQUIPE DE SOINS DANS LE CADRE DE L'ACTIVITÉ DE RÉGULATION MÉDICALE DITE PARTAGÉE

Les personnels médicaux et non médicaux exerçant au sein des services d'aide médicale urgente (« Samu » – cf. article R. 6311-7 du code de la santé publique) et les médecins participant à l'activité de régulation médicale mentionnée à l'article L. 6314-1 mettent en place des organisations dites « d'articulation territoriale » ou « d'entraide », désignant les cas dans lesquels un Samu a besoin de d'échanger ou de partager des informations professionnels ou médicales, de mobiliser les ressources d'un autre Samu ou de confier la gestion de ses appels de manière sélective ou intégrale à un ou plusieurs autres Samu (« articulation territoriale »). L'objectif est d'assurer un service sans discontinuité conformément aux exigences de l'article R. 6311-13 du code de la santé publique.

A cette fin, les professionnels mettent en place des protocoles communs organisationnels (portant notamment sur l'information des personnes concernées) et médicaux. Ils recourent aux systèmes d'information et de télécommunication des établissements de santé autorisés pour l'activité du Samu, qui permettent d'orienter automatiquement ou manuellement les appels vers le ou les Samu concernés et le cas échéant d'échanger ou de partager les données de santé des personnes ainsi prises en charge.

L'ÉQUIPE DE SOINS TRANSFUSIONNELLE

L'activité transfusionnelle a vocation à mobiliser un ensemble des professionnels exerçant au sein des établissements de transfusion sanguine ou du centre de transfusion sanguine des armées, des établissements de santé ou des hôpitaux des armées, des laboratoires de biologie médicale (LBM), des centres de référence.

Dès lorsqu'ils concourent à la réalisation à la prise en charge transfusionnelle pour un même receveur ou un même patient, les acteurs précités peuvent être considérés comme membres d'une équipe de soins et sont tenus de mettre en œuvre un ensemble de règles de bonnes pratiques transfusionnelles.

L'échange et le partage des données de santé relatives au receveur ou au patient pris en charge reposent sur une contractualisation préalable avec les structures de santé au sein desquelles exercent les différentes catégories de professionnels concernés concourant à l'acte transfusionnel.

Le membre de l'équipe de soins transfusionnelle qui procède à l'ouverture du dossier du patient ou du receveur, informe ce dernier de la nature des informations traitées, des catégories de professionnels membres de l'équipe de soins susceptibles d'accéder à son dossier et de sa qualité au sein de la structure d'exercice. Sont également portés à la connaissance du patient ou receveur, les droits dont il dispose (droit d'opposition, droit d'accès, droit de rectification et droit de limiter les accès). Enfin, le patient ou receveur reçoit également à cette occasion un document écrit synthétisant l'ensemble de ces éléments.

Dans les cas exceptionnels liés à l'urgence ou face à l'impossibilité d'informer le patient ou receveur, la personne concernée recevra cette information *a posteriori* lorsqu'elle sera en mesure d'en prendre connaissance.

Les membres de l'équipe de soins transfusionnelle s'appuient sur un système d'information sécurisé permettant de partager l'ensemble des données pertinentes (notamment l'historique transfusionnel) pour la prise en charge transfusionnelle du patient et la sécurité transfusionnelle.