

Fiche n° 3.1. L'échange et le partage d'informations relatives à la personne âgée entre professionnels concourant à son accompagnement

Date de la modification	Objet de la modification
Octobre 2021	- Intégration des modifications opérées par le décret du 4 août 2021 (le DAC pouvant constituer une équipe de soins) et ajout, en conséquence, d'une partie qui y est consacrée - Ajout d'une précision relative à l'exemption du recueil du consentement (échange ou partage hors équipe de soins) en cas d'urgence ou d'impossibilité.
Décembre 2020	- Intégration des modifications opérées par l'ordonnance du 11 mars 2020, relatives aux majeurs protégés (mise en œuvre au 1^{er} octobre 2020) - Remaniement de la fiche compte tenu des clarifications issues de ce texte, notamment en ce qui concerne les conditions à vérifier en ce qui concerne l'échange d'informations dans le cadre du dispositif MAIA.
Septembre 2019 (v4)	- Introduction : ajout d'un paragraphe sur la responsabilité des professionnels impliqués dans la transmission d'informations - Indications relatives à l'unification des dispositifs d'appui à la coordination opérée par la loi du 24 juillet 2019 - Ajout de recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins datées de février 2017 - Introduction de développements relatifs à l'échange d'informations dans le cadre de l'activité des MDPH (équipe pluridisciplinaire) - Réécriture de quelques développements.

Introduction

■ Distinction entre « l'échange » et « le partage »

L'échange. L'échange de données « consiste à communiquer des informations à un ou plusieurs destinataires clairement identifiés par un émetteur connu, dans les conditions prévues au [code de la santé publique] » (annexe à l'arrêté du 25 novembre 2016).

Exemple : l'envoi par messagerie électronique à un professionnel identifié d'une information/document relatif à une personne âgée.

Le partage. Le partage de données « consiste à mettre à disposition de catégories de professionnels fondés à en connaître des informations dans les conditions prévues au [code de la santé publique], respectant les conditions de confidentialité et de sécurité » (annexe à l'arrêté du 25 novembre 2016).

Exemple : la mise à disposition de données relatives à un patient dans un système d'informations dédié, accessible aux autres membres ayant accès à ce dispositif (dossier individuel partagé, DMP...).

■ Objet du dispositif légal régissant le partage d'informations issu des lois du 28 décembre 2015 (adaptation de la société au vieillissement - ASV) et du 26 janvier 2016 (de modernisation de notre système de santé)

Respect du droit à la vie privée de la personne âgée. Les informations ayant trait à la vie privée de la personne âgée, par exemple son état de santé, ses revenus ou les aides dont elle bénéficie ne peuvent être communiquées par celui qui en est dépositaire que sous réserve que la loi l'autorise.

Création des conditions légales permettant l'échange et le partage d'informations relatives à la

personne âgée entre professionnels concourant à son accompagnement.

« [Le cadre juridique antérieur à la réforme] présent[ait] quelques limites alors que se développent de plus en plus les parcours de santé des patients faisant intervenir conjointement ou successivement des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. [...] Dans le cadre d'une prise en charge globale, cohérente et continue, l'échange et le partage des données se révèlent pourtant primordiaux pour éviter les ruptures de prise en charge et de parcours » (Assemblée nationale, Rapport n° 2673, 20 mars 2015).

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le dispositif MAIA, les travaux préparatoires de la loi du 28 décembre 2015 indiquent que l'article L. 113-3 du CASF « prévoit une exception supplémentaire [au secret], puisqu'il dispose que, par dérogation à l'article 226-13, les professionnels qui interviennent dans le cadre de la méthode MAIA peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret relatifs à l'état de la santé de la personne, à sa situation sociale ou à son autonomie, dès lors que leur transmission est limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa prise en charge dans le cadre de la méthode MAIA. Un tel recueil et partage d'information s'avère en effet indispensable à l'efficacité du travail des professionnels qui interviennent dans le cadre des MAIA. Il contribuera à fluidifier le parcours des personnes âgées et à assurer une meilleure prise en charge » (Sénat, Rapport n° 322, 4 mars 2015).

Conditions introduites par le législateur afin de prévenir tout risque de dérives. Le législateur a prévu « assorti plusieurs garde-fous », afin d'éviter tout risque de dérives.

■ Responsabilité des professionnels et institutions impliqués dans la transmission d'informations ayant trait à la vie privée de la personne âgée

Les professionnels émetteurs et ceux sollicitant la communication d'informations relatives à la personne accompagnée qui ne respecteraient pas les conditions légales et réglementaires s'exposent à un risque de mise en cause, y compris à des sanctions pénales.

Le professionnel qui transmet une information ayant trait à la vie privée sans respecter les règles d'échange ou de partage violerait son devoir de secret et serait notamment susceptible de poursuites pénales (article 226-13 du code pénal).

Celui qui ne transmet pas des informations pourtant communicables par méconnaissance de ces mêmes dispositions pourrait également faire l'objet d'une mise en cause. Le Conseil national de l'Ordre des médecins envisage une telle possibilité : « en toutes hypothèses la non communication d'une information qui s'avérerait avoir entraînée des conséquences dommageables pour le patient ouvrirait la possibilité d'une voie en contentieux en responsabilité » (CNOM, Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2017).

Le professionnel sollicitant des informations sans respecter le cadre légal pourrait également être poursuivi sur le fondement de l'article L. 1110-4 V du code de la santé publique, lequel énonce que « le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication [des informations relatives à la personne prise en charge] en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

Perspective d'intégration des dispositifs d'appui à la coordination, parmi lesquels les MAIA, les PTA et les expérimentations PAERPA, dans un dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes unifié.

Objet de la réforme opérée par la loi du 24 juillet 2019. Le législateur a souhaité « unifier [l]es dispositifs d'appui à la coordination afin de simplifier et améliorer leur efficacité au bénéfice de la population et des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ; définir les services rendus attendus à la population et aux professionnels ; s'assurer du respect du principe d'une intervention subsidiaire du dispositif d'appui par rapport à celle des professionnels ; garantir une gouvernance légitime assurant une représentation équilibrée des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Il offre ainsi un cadre simplifié aux acteurs pour qu'ils puissent déterminer eux-mêmes les modalités d'organisation de ce dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes en tenant compte des réalités locales, des besoins de la population et de leurs propres besoins, liés notamment à leurs efforts de structuration de l'offre de proximité, notamment à travers la mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). De plus, en unifiant l'appui aux professionnels, il permettra une articulation efficace avec les guichets pour la population tel que l'ambitionne le plan Grand Age – Autonomie à travers les maisons des aînés et des aidants (M2A) » (exposé des motifs de l'amendement au projet de loi).

Texte de référence. L'article 23 II de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, prévoit que « les dispositifs d'appui existants en application des articles L. 6321-1, L. 6321-2 [réseaux de santé], L. 6327-1 à L. 6327-3 [PTA] du code de la santé publique et de l'article L. 113-3 [MAIA] du code de l'action sociale et des familles en vigueur antérieurement à la date d'entrée en vigueur de la présente loi intègrent les dispositifs mentionnés aux articles L. 6327-2 à L. 6327-3 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi dans un délai qui ne peut excéder trois ans à compter de la date de publication de la présente loi [soit le 27 juillet 2022]. À l'échéance de ce délai, les articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique et l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés ».

Conséquence. L'intégration des dispositifs existants dans un dispositif d'appui à la coordination unifié, au plus tard le 27 juillet 2022, conduira à ne plus faire référence aux dispositions spécifiques au dispositif MAIA (article L. 113-3 du CASF), aux PTA ou à l'expérimentation PAERPA. Les dispositions qui les régissent sont abrogées à cette échéance.

I. L'échange et le partage d'informations relatives à la personne âgée dans le cadre de la « méthode MAIA »

Texte de référence. « Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I [MAIA] sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Toutefois, ils peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code.

Lorsque l'intéressé fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure ou, à défaut, la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du même code est compétente pour consentir aux échanges d'information mentionnés au deuxième alinéa du III de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique [partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne], en tenant compte de l'avis de la personne protégée » (article L. 113-3 II du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction modifiée par l'ordonnance du 11 mars 2020).

A. Synthèse des conditions légales à vérifier pour échanger ou partager des informations relatives à la personne âgée

	Condition(s)		Texte(s) de référence
Professionnels pouvant accéder à l'information	Echange/partage des informations relatives au patient pris en charge dans la double limite : 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social dudit patient 2° Du périmètre de leurs missions		L. 1110-4 III du CSP R. 1110-1 du CSP
	Echange/partage entre professionnels relevant des professions de santé ou des professions énumérées à l'article R. 1110-2 du CSP (cf. tableau)		R. 1110-2 du CSP
Information	- Information préalable du patient De son droit d'exercer une opposition à l'échange ou au partage d'informations le concernant, droit qu'il peut exercer à tout moment - 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.		L. 1110-4 IV du CSP R. 1110-3 III du CSP
Consentement	Si les professionnels sont membres d'une même équipe de soins	Pas de consentement requis Les informations sont réputées confiées par le patient à l'ensemble de l'équipe de soins	L. 1110-4 III du CSP
	Si les professionnels ne sont pas membres d'une même équipe de soins	- Consentement préalable du patient requis par tout moyen, y compris de façon dématérialisée - Information spécifique préalable du patient : En tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès - Au sujet de son droit d'opposition au partage d'informations la concernant - L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information. Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.	L. 1110-4 III du CSP D. 1110-3-1 2° du CSP D. 1110-3-1 1° du CSP L. 1110-4 IV du CSP D. 1110-3-2 du CSP

B. Analyse des conditions légales et réglementaires

1°) Echange ou partage des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite : 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social dudit patient ; 2° Du périmètre de leurs missions

Textes de référence.

- « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social » (article L. 1110-4 II du code de la santé publique).

- « Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2° Du périmètre de leurs missions » (article R. 1110-1 du code de la santé publique).

Analyse. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a communiqué des recommandations aux médecins qui semblent pouvoir être transposées à l'ensemble des professionnels impliqués dans l'échange ou le partage d'informations : « l'information couverte du caractère secret peut-être détenue par l'un des membres de l'équipe de soins, qu'il soit médecin, professionnel de santé, ou autre professionnel des secteurs médico-sociaux et sociaux. Il appartient à chaque dépositaire l'information de savoir ce qu'il doit en faire dans l'intérêt du patient dans les conditions et les limites de la loi et des textes pris pour son application. Il paraît assez illusoire voire impossible de définir ce qui est « strictement nécessaire » (CNOM, Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2017).

S'agissant du partage d'informations, le Conseil national de l'Ordre des médecins indique : « il nous paraît que dans le cadre d'une équipe qui ne comporterait que des professionnels de santé, il n'est pas pertinent de définir par profession, et a priori, les informations qui seraient partagées et celles qui ne le seraient pas.

Recommandation : sont mises en partage entre tous les professionnels de santé membres de l'équipe de soins, sauf opposition du patient, toutes les informations formalisées contenues dans son dossier.

En revanche, le partage d'informations entre les professionnels de santé, membres de l'équipe soins, et les autres professionnels membres de cette même équipe doit être paramétré dans le système informatique support du dossier, afin que ces données puissent être filtrées.

Recommandation : Le paramétrage informatique des accès aux bases où sont contenus les dossiers doit permettre de sélectionner les informations formalisées inscrites dans le dossier qui sont rendues accessibles aux non professionnels de santé afin qu'ils puissent accomplir leurs missions. Si les données auxquelles ils ont ainsi accès leur paraissent insuffisantes, les autres communications pourront leur être transmises par la voie des échanges sous la responsabilité du médecin ou du professionnel de santé qui les détient » (CNOM, Echanges et partage d'informations au sein de l'équipe de soins prenant en charge une personne Recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins, février 2017).

2°) Echange ou partage entre professionnels relevant des professions énumérées à l'article R. 1110-2 du CSP

Texte de référence. « Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes [professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, quel que soit leur mode d'exercice et les professionnels relevant des sous-catégories suivantes - cf. tableau ci-après correspondant à la liste énumérée à ce même article] » (article R. 1110-2 du code de la santé publique, modifié par le décret du 4 août 2021).

Professionnels de santé				Autres professionnels
Professions médicales	Professions de la pharmacie et de la physique médicale	Auxiliaires médicaux	Autres professionnels de santé	
Médecins Sages-femmes Odontologistes	Pharmaciens Préparateurs en pharmacie et préparateurs en pharmacie hospitalière Physiciens médicaux	Infirmiers Masseurs-kinésithérapeutes Pédicures-podologues Ergothérapeutes Psychomotriciens Orthophonistes Orthoptistes Manipulateurs d'électroradiologie médicale Techniciens de laboratoire médical Audioprothésistes Opticiens-lunetiers Prothésistes et orthésistes Diététiciens	Aides-soignants Auxiliaires de puériculture Ambulanciers Assistants dentaires	a) Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ¹ e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code [accueillants familiaux prenant en charge des personnes âgées et des personnes handicapées] f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1 [établissements et services sociaux et médico-sociaux], L. 321-1 [personnes physiques et morales de droit privé recevant des mineurs] et L. 322-1 [personnes physiques et morales de droit privé hébergeant des adultes] du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention h) Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie [MAIA] i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention [APA]. j) Personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article L. 6327-1 [DAC], des dispositifs spécifiques régionaux mentionnés à l'article L. 6327-6 et des dispositifs d'appui mentionnés au II de l'article 23 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé intervenant dans le cadre de leur mission de coordination du parcours de santé de la personne concernée et spécialement habilités par les représentants légaux de ces dispositifs k) Etudiants en troisième cycle mentionnés aux articles R. 6153-1, R. 6153-2 et R. 6153-93 du présent code [docteurs juniors]

Source : article R. 1110-2 du code de la santé publique.

¹ Cf. articles L. 432-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Accueil collectif de mineurs à caractère éducatif organisé à l'occasion de vacances scolaires, de congés professionnels ou de loisirs ; personne physique ou morale bénéficiant de l'agrément « Vacances adaptées organisées » ; activités de loisirs et des activités sportives, dans des établissements et services pour enfants, adolescents ou adultes handicapés, ou lors de séjours d'accueil temporaire pour des activités liées aux vacances.

Les « non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode [MAIA] pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ». Cette catégorie intègre un ensemble large de professionnels. Elle comprend manifestement les gestionnaires de cas qui ne seraient pas titulaires d'un des diplômes visés à ce même article R. 1110-2 (par exemple celui d'infirmier, d'assistant de service social, de psychologue...).

Elle semble également viser les autres professionnels qui interviennent au titre de la méthode.

Cette condition est vérifiée sous réserve que l'institution ou le professionnel ait été identifié en qualité de « partenaire » sur le territoire. Le cahier des charges des MAIA prévoit que « les porteurs d'un dispositif MAIA doivent faire état d'un partenariat formalisé au minimum par un courrier d'engagement des acteurs sanitaires (réseaux de santé, établissements de santé, etc.), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueils temporaires, CLIC, etc.) et sociaux (services sociaux et équipes APA du conseil général), ou constitués en groupement (GCSMS ou GCS) » (cahier des charges des MAIA, paragraphe 1.3.3, annexé au décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011).

3°) Information préalable de la personne dans le cas d'un échange ou un partage entre professionnels ne relevant pas de la même catégorie (professionnel de santé/autres professionnels)

Texte de référence. « I. Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article R. 1110-2 souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article L. 1110-4, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

II. Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article R. 1110-1 et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles » (article R. 1110-3 du code de la santé publique).

Recommandations de la HAS : non publiées à ce jour.

4°) Information de la personne de son droit d'exercer une opposition au partage ou à l'échange d'informations la concernant

a) Texte de référence

« La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment » (article L. 1110-4 IV du code de la santé publique).

Le professionnel doit également transmettre un ensemble d'informations dont la communication est exigée par le Règlement général de protection des données de l'Union européenne du 27 avril 2016, (article 13. « Informations à fournir lorsque des données à caractère personnel sont collectées auprès de la personne concernée »). Parmi celles-ci, le texte mentionne « l'existence du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel », « la rectification ou l'effacement de celles-ci », « la limitation du traitement relatif à la personne concernée » ...

b) Situation d'une personne âgée bénéficiant d'une mesure de protection

Les dispositions légales et réglementaires spécifiques au partage et à l'échange d'informations prévues par le code de la santé publique ne prévoient pas d'exigence d'information de la personne assurant la protection de la personne.

Toutefois, s'agissant des dispositions régissant le traitement des données à caractère personnel dans le domaine de la santé, l'article 70 alinéa 1^{er} de la loi du 6 janvier 1978 exige que « sont destinataires de l'information et exercent les droits de la personne concernée par le traitement [...] la personne chargée d'une mission de représentation dans le cadre d'une tutelle, d'une habilitation familiale ou d'un mandat de protection future, pour les majeurs protégés dont l'état ne leur permet pas de prendre seuls une décision personnelle éclairée » (cet article est situé dans le chapitre IX, intitulé « Traitements de données à caractère personnel dans le domaine de la santé »).

c) Exemption de l'information dans la situation d'urgence ou d'impossibilité d'informer la personne

« Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer la 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 » (article R. 1110-3 III du code de la santé publique).

Situations relevant d'une « urgence » ou d'une « impossibilité ». Ces notions n'ont pas fait l'objet de définition juridique. L'exemption de l'information semble justifiée lorsque la personne âgée est atteinte de troubles cognitifs de nature à rendre impossible cette information.

Formaliser la réalité de la situation d'urgence ou d'impossibilité. Si les dispositions applicables ne comportent pas d'exigence à ce sujet, il convient de mentionner par écrit les éléments qui permettent de justifier cette absence d'information. Le support utilisé peut être le dossier individuel et/ou, le cas échéant, la fiche d'orientation.

d) Modalités de l'information

Les textes régissant l'échange et le partage d'informations ne comportent pas d'exigence au sujet des modalités d'information de la personne. Il peut s'agir d'une information exclusivement orale. Il semble alors indispensable de conserver une trace de cette information : dans le dossier individuel et/ou, le cas échéant, dans une fiche d'orientation transmise au destinataire.

Plus largement, les modalités de communication des informations à fournir au titre du RGPD (règles régissant le traitement des données à caractère personnel) ne sont pas soumises à une exigence particulière. L'article 12 du RGPD énonce que « les informations sont fournies par écrit ou par d'autres moyens y compris, lorsque c'est approprié, par voie électronique. Lorsque la personne concernée en fait la demande, les informations peuvent être fournies oralement, à condition que l'identité de la personne concernée soit démontrée par d'autres moyens ».

La CNIL relate cette liberté dans le choix de la forme de cette information : « le support d'information est libre : par oral, par écrit ou par tout autre moyen (affichage dans les lieux de soins, dans les secrétariats, remise de documents écrits d'information, etc.) (CNIL, Traitement de données de santé : comment informer les personnes concernées ? 4 avril 2018).

6°) Le recueil du consentement préalable

a) Exemption du recueil du consentement dans le cas où les professionnels appartiennent à une même équipe de soins

■ Texte de référence

« Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe » (article L. 1110-4 III du code de la santé publique).

■ Condition d'appartenance à une même équipe de soins

Définition légale de l'équipe de soins. De façon générale, les conditions de constitution d'une équipe de soins figurent à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique : « Pour l'application du présent titre [droits des personnes malades et des usagers du système de santé], l'équipe de soins est 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, et qui :

« 1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret [liste figurant à l'article D. 1110-3-4 du code de la santé publique*] ;

« 2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

« 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé [cahier des charges figurant en annexe de l'arrêté du 25 novembre 2016] ».

(*) Figurent par exemple dans cette liste : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les maisons de santé et les centres de santé, les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA), les équipes APA.

L'appartenance à une même équipe de soins au titre du dispositif MAIA

Texte de référence. « [...] [les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode MAIA] peuvent échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. Lorsqu'ils comptent parmi eux au moins un professionnel de santé, ils sont considérés comme constituant une équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du même code ».

La « méthode MAIA » relève d'une « organisation particulière de professionnels pour laquelle il existe une disposition législative qui [la] qualifie expressément d'« équipe de soins » au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique » (annexe à l'arrêté du 25 novembre 2016).

L'institution ou le professionnel doit avoir été identifié en qualité de « partenaire » sur le territoire.
« En application de l'article L. 113-3 du CASF, le porteur, le pilote, le gestionnaire de cas et l'ensemble des partenaires, font partie de l'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 à la double condition que :

- Participe au moins un professionnel de santé
- Les partenaires sont tous clairement identifiés et leur « intégration » dans la méthode est formalisée sous la responsabilité du porteur, sans qu'il y ait lieu de faire de différence en fonction du statut (bénévole ou non), à condition qu'ils prennent en charge une personne âgée ou participent activement à la prise en charge de la personne. Ne sont ainsi pas concernés les partenaires associés à la méthode MAIA pour réfléchir à des outils communs, à des processus de travail standardisés.

Les porteurs d'un dispositif MAIA doivent faire état d'un partenariat formalisé au minimum par un courrier d'engagement des acteurs sanitaires (réseaux de santé, établissements de santé, etc.), médico-sociaux (EHPAD, SSIAD, accueils temporaires, CLIC, etc.) et sociaux (services sociaux et équipes APA du conseil général), ou constitués en groupement (GCSMS ou GCS).

L'ensemble de ces acteurs sont ensuite désignés sous le terme de partenaires » (ASIP Santé, Méthode MAIA, un éclairage sur la notion de l'équipe de soins et le positionnement des professionnels engagés, 21 mars 2017).

b) Consentement requis dans le cas d'un échange ou d'un partage entre professionnels ne relevant pas d'une même équipe de soins

■ Texte de référence

« Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés » (article L. 1110-4 III alinéa 2 du code de la santé publique).

■ Les conditions et modalités de recueil du consentement

« Lorsqu'une personne est prise en charge par un professionnel relevant des catégories de professionnels mentionnées à l'article R. 1110-2 et ne faisant pas partie de l'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, ce professionnel recueille le consentement de la personne pour partager ces données dans le respect des conditions suivantes :

1° La personne et, le cas échéant, son représentant légal, est dûment informée, en tenant compte de ses capacités, avant d'exprimer son consentement, des catégories d'informations ayant vocation à être partagées, des catégories de professionnels fondés à en connaître, de la nature des supports utilisés pour les partager et des mesures prises pour préserver leur sécurité, notamment les restrictions d'accès ;

2° Le consentement préalable de la personne, ou de son représentant légal, est recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, après qu'elle a reçu les informations prévues au 1° » (article D. 1110-3-1 du code de la santé publique).

Remise d'un support d'information écrit. « L'information préalable de la personne est attestée par la remise à celle-ci, par le professionnel qui a recueilli le consentement, d'un support écrit, qui peut être un écrit sous forme électronique, reprenant cette information. Ce support indique les modalités effectives d'exercice de ses droits par la personne ainsi que de ceux qui s'attachent aux traitements opérés sur l'information recueillie, en application de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » (article D. 1110-3-2 du code de la santé publique).

« L'information doit bien sûr également être adaptée, en fonction de la pathologie de la personne, de son âge, des circonstances du recueil des données. [...] Une information ciblée doit être faite aux personnes vulnérables (ex : personnes âgées, patients présentant des troubles cognitifs, etc.) » (CNIL, Traitement de données de santé : comment informer les personnes concernées ? 4 avril 2018).

Modalités du recueil du consentement. « Le consentement est recueilli par chaque professionnel mentionné à l'article D. 1110-3-1, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Dans ce cas, il procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le dossier médical de la personne.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il est strictement limité à la durée de la prise en charge de la personne. La prise en charge peut nécessiter une ou plusieurs interventions successives du professionnel.

La matérialisation du recueil des modifications ou du retrait du consentement est faite selon les modalités décrites à l'article D. 1110-3-2 » (article D. 1110-3-3 du code de la santé publique).

Exemption du recueil du consentement en cas d'urgence ou d'impossibilité. « Le consentement est recueilli [...] sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Dans ce cas, il procède au recueil du consentement lorsque la personne est de nouveau en capacité ou en situation de consentir au partage d'informations la concernant. Il en est fait mention dans le dossier médical de la personne » (article D. 1110-3-3 alinéa 1^{er} du code de la santé publique).

■ Situation d'une personne âgée bénéficiant d'une mesure de protection

Texte de référence. « Lorsque l'intéressé fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne et n'est pas apte à exprimer sa volonté, la personne chargée de la mesure ou, à défaut, la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du même code est compétente pour consentir aux échanges d'information mentionnés au deuxième alinéa du III de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique [partage entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne], en tenant compte de l'avis de la personne protégée » (article L. 113-3 II alinéa 3 du code de la santé publique, dans sa rédaction modifiée par l'ordonnance du 11 mars 2020).

Mesures de protection pour lesquelles le recueil du consentement de la personne chargée de la mesure est requis (à défaut d'aptitude de la personne âgée à exprimer sa volonté)

Le recueil du consentement de la personne assurant la mesure de protection est requis sous réserve des conditions suivantes :

- La personne âgée n'est pas apte à exprimer sa volonté ;
- La mesure de protection a pour effet d'attribuer à la personne assurant la mesure une charge portant sur la personne.

Tutelle et habilitation familiale. L'article 459 du code civil énonce que « lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après le prononcé d'une habilitation familiale ou l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser la personne chargée de cette habilitation ou de cette mesure à représenter l'intéressé [...] ».

Sauvegarde de justice. L'article 459 du code civil s'applique également à la sauvegarde de justice dans le cas d'une désignation d'un mandataire spécial dont la charge s'étend à la personne. L'article 438 du code civil énonce que « le mandataire spécial peut également se voir confier une mission de protection de la personne dans le respect des articles 457-1 à 463 ».

Mandat de protection future. L'article 459 du code civil trouve également application au mandat de protection future ayant été activé, lorsqu'il s'étend à la protection de la personne du mandant. L'article 479 du code civil énonce que « lorsque le mandat s'étend à la protection de la personne, les droits et obligations du mandataire sont définis par les articles 457-1 à 459-2. Toute stipulation contraire est réputée non écrite ».

En l'absence de mesure de protection avec attribution d'une charge portant sur la personne, la personne de confiance, lorsqu'elle est désignée par la personne âgée, consent à l'échange ou au partage d'informations hors équipe de soins.

7°) L'utilisation des moyens de communication dans le respect du droit à la confidentialité

■ Téléphone

Modalités de transmission lors d'une demande formulée par téléphone. Dans ses recommandations de juin 2003, la Haute autorité de santé formule des recommandations relatives à la transmission de copies de dossiers médicaux par des établissements de santé. Celles-ci semblent pouvoir inspirer l'échange de toutes informations relatives à la personne âgée entre professionnels concourant à son accompagnement : « lorsque des demandes téléphoniques de copie de dossier émanent d'autres établissements ayant en charge un patient, il est indispensable d'exiger que la demande soit adressée par écrit ou par fax avec l'en-tête du service demandeur [libellé plus pertinent : « par écrit, c'est-à-dire par courrier postal, courrier électronique ou télécopie »] : ceci confirme l'identité du demandeur. [...] Il est recommandé de laisser dans le dossier une trace de l'accès par un tiers extérieur à l'établissement. Il peut s'agir de l'original de la demande, d'une copie de la réponse adressée au demandeur, de l'inscription du mode de communication retenu avec la date de cette communication, de l'enregistrement des pièces fournies » (HAS, Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations, juin 2003, p. 40).

■ Courrier électronique

Cryptage impératif. La CNIL indique que « la messagerie électronique ne constitue pas un moyen de communication sûr pour transmettre des données personnelles, sans mesure complémentaire. Une simple erreur de manipulation peut conduire à divulguer à des destinataires non habilités des données personnelles et à porter ainsi atteinte au droit à la vie privée des personnes. En outre, toute entité ayant accès aux serveurs de messagerie concernés (notamment ceux des émetteurs et destinataires) peut avoir accès à leur contenu.

Les précautions élémentaires

- Chiffrer les données avant leur enregistrement sur un support physique à transmettre à un tiers (DVD, clé USB, disque dur portable).

- Lors d'un envoi via un réseau :

chiffrer les pièces sensibles à transmettre, si cette transmission utilise la messagerie électronique. À ce sujet, il convient de se référer aux préconisations de la fiche Sécurité : Utiliser des fonctions cryptographiques ;

utiliser un protocole garantissant la confidentialité et l'authentification du serveur destinataire pour les transferts de fichiers, par exemple SFTP ou HTTPS, en utilisant les versions les plus récentes des protocoles.

- Assurer la confidentialité des secrets (clé de chiffrement, mot de passe, etc.) en les transmettant via un canal distinct (par exemple, envoi du fichier chiffré par e-mail et communication du mot de passe par téléphone ou SMS).

Ce qu'il ne faut pas faire

- Transmettre des fichiers contenant des données personnelles en clair via des messageries grand public » (CNIL, Guide de la sécurité des données personnelles, voir également : CNIL, Guide professionnels de santé, 2011).

Privilégier l'utilisation de la messagerie sécurisée régionale. MEDIMAIL est la messagerie sécurisée choisie par l'ARS Occitanie et déployée localement par le GIP e-santé Occitanie. Initialement réservée aux professionnels de santé, la messagerie est désormais ouverte à l'ensemble des professionnels sociaux et médico-sociaux (services d'aide à domicile, EHPAD, SSIAD, mandataires judiciaires, équipes médico-sociales des départements, CLIC...).

■ Télécopie

« Si vous êtes amené à utiliser le fax, mettre en place les mesures suivantes :

- installer le fax dans un local physiquement contrôlé et uniquement accessible au personnel habilité ;
- faire afficher l'identité du fax destinataire lors de l'émission des messages ;
- doubler l'envoi par fax d'un envoi des documents originaux au destinataire ;
- préenregistrer dans le carnet d'adresse des fax (si la fonction existe) les destinataires potentiels » (CNIL, Guide de la sécurité des données personnelles, voir également : CNIL, Guide professionnels de santé, 2011).

II. Le partage d'informations dans le cadre d'une plate-forme territoriale d'appui (PTA)

Les professionnels concourant à l'accompagnement d'un patient dans le cadre d'une PTA relèvent d'une même équipe de soins. « Pour l'application du présent titre, l'équipe de soins est 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, et qui : 1° [...] exercent [...] dans le cadre d'une structure [...] de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret [l'article D. 1110-3-4 7° du code de la santé publique mentionne les PTA] » (article L. 1110-12 du code de la santé publique).

Les conditions d'échange et de partage d'informations dans le cadre d'une PTA sont celles énoncées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique (cf. le tableau de synthèse dans le I de la présente fiche).

Exigences spécifiques.

- **Information du recours à la plate-forme.** « Le patient est informé du recours à la plate-forme conformément à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique afin qu'il puisse exercer son droit d'opposition » (article D. 6327-4 alinéa 3 du code de la santé publique).
- **Un système d'information (SI) partagé obligatoire.** « Chaque plate-forme territoriale d'appui est équipée d'un système d'information unique partagé par chacune des composantes de la plate-forme et accessible par les professionnels au travers de leur propre système d'information. [...] Le système d'information de la plate-forme permet l'échange et le partage d'informations entre professionnels concernant une même personne prise en charge, conformément à l'article L. 1110-12 et dans les conditions prévues par l'article 1110-4-1 [système d'information conforme aux référentiels

d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public] » (article D. 6327-10 du code de la santé publique).

III. Le partage d'informations dans le cadre d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Les personnels des DAC constituent une équipe de soins.

Texte de référence. L'article R. 1110-2 du code de la santé publique énonce que « les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes : [...] j) Personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes mentionnés à l'article L. 6327-1 ».

Apports du décret n° 2021-1048 du 4 août 2021, relatif à la mise en œuvre de l'espace numérique de santé. Ce texte a ajouté à la liste des professionnels pouvant constituer une équipe de soins les « personnels des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes ».

Comme le précisait le Cadre national d'orientation, « les DAC font partie de l'équipe de soins (dès la publication du décret correspondant). A ce titre, les professionnels des DAC peuvent échanger et partager des informations relatives aux personnes concernées dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur. Ces personnes sont informées de l'échange et du partage d'information les concernant. Elles peuvent s'y opposer » (Cadre national d'orientation - Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, 2020).

Obligation d'information de la personne concernée du recours au DAC afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition. « La personne concernée est informée du recours au dispositif d'appui à la coordination afin qu'elle puisse exercer son droit d'opposition » (article D. 6327-1 du code de la santé publique).

« Les personnes concernées sont informées du recours aux DAC et peuvent s'y opposer à tout moment. Même si les textes ne précisent pas qui est chargé de cette information, les professionnels qui sollicitent les DAC sont les mieux indiqués pour assurer cette information. La mobilisation du DAC, est soumise au même régime de consentement de la personne concernée que le régime qui régit l'échange et le partage d'information au sein de l'équipe de soins (dès la publication du décret correspondant, au sens de l'article L. 1110-12) : information avec droit d'opposition à tout moment. De plus, dès le début de leur intervention, les DAC remettent aux personnes concernées un document expliquant leur action ainsi, le cas échéant, qu'à leurs aidants (Cadre national d'orientation - Unification des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes, 2020).

La dotation d'un dispositif d'informations partagées (système d'information du DAC), une obligation réglementaire. « Chaque dispositif d'appui à la coordination dispose d'un système d'information unique partagé entre les professionnels intervenant dans le dispositif. Il permet l'échange et le partage d'informations concernant une même personne prise en charge entre professionnels exerçant au sein du dispositif d'appui à la coordination et avec les professionnels tiers intervenant auprès de la personne dans l'équipe de soins définie par l'article L. 1110-4.

Le système d'information du dispositif d'appui à la coordination répond aux exigences de sécurité et d'interopérabilité prévues par l'article L. 1110-4-1 et s'inscrit dans la stratégie définie par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1431-2 » (article D. 6327-2 du code de la santé publique).

IV. L'échange d'informations dans le cadre de l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

A. Echange entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire

Texte de référence. « Les membres de l'équipe pluridisciplinaire et de la commission respectivement mentionnées aux articles L. 146-8 [équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée...] et L. 146-9 [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées] sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Par exception à l'article 226-13 du même code, les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent, dans la limite de leurs attributions, échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret dès lors que leur transmission est strictement limitée à ceux qui sont nécessaires à l'évaluation de sa situation individuelle et à l'élaboration du plan personnalisé de compensation du handicap visé à l'article L. 114-1-1 du présent code » (article L. 241-10 du code de l'action sociale et des familles).

Composition de l'équipe pluridisciplinaire. « La composition de l'équipe pluridisciplinaire peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne handicapée dont elle évalue les besoins de compensation ou l'incapacité permanente » (article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles).

B. Communication aux membres de la commission des droits et de l'autonomie

Texte de référence. « Les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent communiquer aux membres de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 [commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées] tous éléments ou informations à caractère secret dès lors que leur transmission est strictement limitée à ceux qui sont nécessaires à la prise de décision » (article L. 241-10 du code de l'action sociale et des familles).

C. Echange entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les professionnels accompagnant la personne

Texte de référence. « Afin de permettre un accompagnement sanitaire et médico-social répondant aux objectifs énoncés au 3° de l'article L. 311-3 [prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins], les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent échanger avec un ou plusieurs professionnels qui assurent cet accompagnement les informations nécessaires relatives à la situation de la personne handicapée, dès lors que celle-ci ou son représentant légal dûment averti a donné son accord » (article L. 241-10 du code de l'action sociale et des familles).

Points de vigilance

- Tous les professionnels dont les missions consistent à intervenir auprès des personnes âgées en perte d'autonomie sont acteurs de la méthode (MAIA). Il leur appartient d'utiliser les outils développés dans ce cadre.
- L'orientation vers un partenaire nécessite de vérifier au préalable que les conditions légales et réglementaires relatives au partage et à l'échange d'informations relatives à la personne âgée sont vérifiées.
- L'échange et le partage ne doivent porter que sur les informations strictement nécessaires à l'accompagnement de la personne âgée.

Principaux textes de référence

Textes généraux

Articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé publique (modifié ou créé par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016)

Articles R. 1110-1 à R. 1110-3 (modifiés par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016) et articles D. 1110-3-1 à D. 1110-3-4 du code de la santé publique (créés par le décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016)

Voir également l'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.

Textes spécifiques

MAIA

Article L. 113-3 II du code de l'action sociale et des familles (modifié par l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020).

PTA

Article L. 6327-1 à L. 6327-3 du code de la santé publique (créés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016)

Articles D. 6327-1 à D. 6327-10 du code de la santé publique (décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016, relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes).

DAC

Article R. 1110-2 du code de la santé publique (modifié par le décret n° 2021-1048 du 4 août 2021)

Articles D. 6327-1 et D. 6327-2 du code de la santé publique.

MDPH

Article L. 141-10 du code de l'action sociale et des familles.