

Loi de santé : focus sur des

Présentation de quelques points clés du volet santé mentale de la loi de modernisation du système de santé (1), qui devraient changer les pratiques en psychiatrie.

Si l'on peut encore une fois regretter que la loi votée en janvier 2016 ne soit pas la grande loi attendue sur la psychiatrie, elle contient néanmoins certaines dispositions importantes qui devraient avoir des conséquences pratiques sur le fonctionnement quotidien des équipes soignantes. En intégrant la question de la santé mentale dans un dispositif général destiné à « moderniser notre système de santé », le législateur hésite encore entre appliquer sans distinction le droit commun à la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie ou mettre en place des dispositions spécifiques favorisant une meilleure prise en charge respectueuse des droits fondamentaux des personnes vulnérables.

CONTENTION ET ISOLEMENT EN DERNIER RECOURS

Une des nouveautés pour la psychiatrie réside dans la détermination d'un cadre légal pour les pratiques d'isolement et de contention. La problématique de la privation liberté d'aller et venir et de l'usage de la contrainte pour raisons médicales n'était pas explicitement inscrite dans le projet de loi initial. Elle a été ajoutée en cours de discussion afin d'assurer une plus grande transparence face à certaines pratiques dénoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et surtout de permettre aux patients de contester devant une juridiction des faits qu'ils estiment contraires à leurs droits fondamentaux. Conformément aux dispositions de l'article 34 de la Constitution qui accorde au seul législateur le soin de réglementer « *les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques [et] la liberté* », le Parlement a donc inscrit dans le Code de la santé publique (CSP) un cadre normatif balisant ce qui autrefois relevait essentiellement de la pratique. D'un strict point de vue légitistique (préparation des textes de loi), ce travail rédactionnel a été délicat car il convenait d'appliquer une grille de lecture juridique à des pratiques professionnelles. De vives discussions parlementaires ont fait apparaître des divergences importantes sur la question. Comment légiférer, conditionner efficacement l'acte d'isoler, d'enfermer et de contenir une personne ? Le législateur devait-il et même, pouvait-il fixer les limites de l'acte de soins ? En s'appuyant sur les grandes lignes fixées par le Conseil constitutionnel, le Parlement a considéré que, quelles que soient les motivations du recours à la contrainte, les restrictions aux libertés individuelles fondamentales devaient systématiquement être « *nécessaires, adaptées et proportionnées* ». Ces trois qualificatifs constituent par conséquent l'assise juridique, sur avis médical, des mesures de soins privatives de liberté que sont l'isolement ou la contention d'une personne.

L'article L. 3222-5-1 du CSP dispose désormais que : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin (...)* ».

Il n'est pas anodin que le législateur ait pris le soin de rappeler le caractère nécessairement exceptionnel des mesures privatives de liberté, précisant que ce sont des « *pratiques de dernier recours* », qui interviennent exclusivement pour faire face à une situation risquant de générer un « *dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui* ». L'acte d'isoler ou de contenir découle d'une décision du psychiatre. Après de nombreux débats et tractations sémantiques, le législateur a privilégié le terme de « *décision* » à celui de « *prescription* ». Juridiquement la prescription médicale suppose que le médecin ait vu le patient, mais surtout que la finalité est exclusivement soignante. Qu'en sera-t-il de la décision ? Peut-on imaginer une motivation autre ?

Une chose est certaine, comme pour toute décision administrative individuelle, il sera possible de demander au juge de contrôler la légalité et les conséquences dommageables d'un tel recours. Afin d'éviter au maximum le risque d'abus et de détournement de procédure, il est d'ailleurs précisé que l'isolement et la contention doivent être d'une durée limitée, sous la surveillance stricte de professionnels de santé « *désignés* » à cet effet.

Les futurs contentieux qui découleront de la mise en œuvre de cette disposition permettront aux juges de préciser plusieurs de ces notions législatives nouvelles et surtout les modalités de mise en œuvre de la contention. Que faut-il entendre en effet par : « *dommage immédiat ou imminent* » ? Comment qualifiera-t-on les demandes formulées par un patient qui souhaite passer un moment en chambre d'isolement ? La notion de « *décision d'un psychiatre* » sera à n'en pas douter l'objet des plus grandes discussions jurisprudentielles, surtout lorsqu'elles seront prises sans avoir été précédées d'un examen du patient ou pour une finalité non exclusivement médicale. Par ailleurs, quid de la contention médicamenteuse ? Ne relève-t-elle pas d'une prescription ? La « *durée limitée* » de la mesure d'isolement ou de contention fera elle aussi l'objet d'un examen attentif de la part du juge qui contrôle *a posteriori* si elle était adaptée à la situation. Il en sera de même pour la « *surveillance stricte* » durant l'isolement ou la contention. Une présence continue des professionnels n'est pas nécessairement imposée dès l'instant où le psychiatre ne se réfère pas exclusivement à un protocole général mais

dispositions phares

organise un suivi évolutif correspondant au besoin du patient privé de liberté.

Notons encore qu'une réforme procédurale a été mise en œuvre par le Parlement qui impose désormais la tenue d'un registre retraçant l'ensemble des mesures d'isolement et de contention. Ce registre est une pièce essentielle de la réforme car il permet une plus grande transparence et traçabilité du recours à la contrainte. Sa première fonction est de permettre au directeur d'établissement d'avoir une vision précise de ce qui se passe à l'intérieur des services de soins. La seconde est de permettre aux patients (et indirectement aux juges) de connaître la fréquence, la durée et les motifs de chaque « décision ». On espère que rapidement cette mise en lumière de la contrainte va déboucher sur des réflexions entre les services sur la gestion des « crises » et sur les risques de maltraitance institutionnelle.

RESPECTER LES CHOIX DU PATIENT

Afin de promouvoir le respect des choix de la personne malade, la loi prévoit un renforcement de l'information pour mieux l'accompagner.

Elle renforce notamment l'obligation d'information administrative : l'information financière, l'information relative au respect de l'obligation d'assurance destinée à garantir leur responsabilité civile, l'information relative au possible choix par l'usager du lieu de dispensation des soins. En écho au droit au libre choix de la personne malade (médecin, établissement, modalités de prise en charge), légalement consacré en psychiatrie depuis 1990, le législateur souligne l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques. L'Agence régionale de santé doit veiller à ce que l'accès aux soins soit garanti. Sont mises en avant, au sein de nombreuses dispositions légales, l'accessibilité et l'égalité des usagers, qui constituent deux grands principes de service public.

PARTAGER L'INFORMATION

Des précisions sont attendues par décret concernant le secret médical partagé.

Les conditions légales de partage du secret professionnel (1) sont précisées : « *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.* » (art. L. 1110-4 CSP). Cet article revoit la notion « d'équipe de soins » et cherche à repenser le partage de l'information. À ce 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.* »

La notion d'équipe est par conséquent étendue au-delà des seuls professionnels de santé, ce qui va avoir des incidences importantes pour le développement des prises en charge sanitaires et médico-sociales car les assistants sociaux en font désormais partie. La loi restreint cependant le partage d'informations à ce qui est strictement nécessaire à la prise en charge du patient et insiste sur le fait que ce dernier doit être informé de ce partage et qu'il peut expressément s'y opposer. Un décret d'application précisant les conditions de recueil du consentement du patient en cas de partage d'informations est d'ailleurs attendu.

LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) deviennent de véritables pivots, confortant les 130 Conseils aujourd'hui opérationnels sur le territoire national, et les 70 projets en cours.

La politique de santé mentale doit être menée avec l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et d'insertion. Pour être pertinente, elle doit reposer sur un projet territorial de santé mentale, défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale. Sont notamment associés à l'élaboration de ce projet, les représentants des usagers, les conseils locaux de santé, les CLSM ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

Outre ces évolutions, le volet santé mentale de la loi (3) met également en exergue le rôle des représentants des usagers (création de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé), précise l'organisation territoriale des soins psychiatriques (en lien avec les CLSM). D'autres dispositions marquantes font débat, celle sur comme les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

**Éric Péchillon,
Maître de conférences, Université de Rennes 1
Valérie Dujardin,
Juriste, EPSM Lille-Métropole**

1– Loi n° 2016-41 du 16 janvier 2016, loi de modernisation de notre système de santé.

2– Loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, loi n° 2011-901 du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap.

3– Pour aller plus loin et prendre connaissance de l'ensemble des dispositions législatives nouvelles, voir : *Loi de modernisation de notre système de santé, volet santé mentale, Note synthétique, V. Dujardin, 18 février 2016, 47 pages, à télécharger sur le site de la fédération régionale de recherche en santé mentale du Nord-Pas-de-Calais, www.santementale5962.com.*