



LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE LOI n°2016-41 DU 26 JANVIER 2016

Volet Santé Mentale

- Note de présentation synthétique rédigée par Valériane DUJARDIN ciblant la santé mentale, et ainsi non exhaustive en sa présentation des dispositions législatives nouvelles relatives au système de santé -

-
- I. Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sans leur consentement : présentation des modifications**
 - II. Impacts sur les droits des patients en santé mentale : un accent mis sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé**
 - III. Cadre légal de l'isolement et de la contention en psychiatrie**
 - IV. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie : le Conseil local de santé mentale devient un pivot légalement consacré**
 - V. Rôle des représentants des usagers : l'Empowerment**
 - VI. L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique : les actions de promotion de la santé mises en exergue par le législateur**
 - VII. Le droit à la protection de la santé : une responsabilité étatique soulignée**
 - VIII. Information complémentaire relative à plusieurs dispositions législatives**

I. Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sans leur consentement : présentation des modifications

- Obligation nouvelle pour le Préfet de **motiver le refus d'accorder une autorisation de sortie de courte durée** de moins de 12h ou de moins de 48h - Modification de l'article L.3211-11-1 du CSP :

Article L.3211-11-1

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :

1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

*Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. **Sauf opposition écrite et motivée** du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.*

Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée.

- Obligation de transmettre au Préfet le **certificat médical d'admission et le bulletin d'entrée**, en sus des certificats médicaux de 24h, de 72h – Art. L.3212-5 du CSP

- **Les identités du patient et du tiers demandeur ne doivent plus être notifiées aux Procureurs** du ressort duquel est situé l'établissement et du ressort duquel se trouve la résidence habituelle du patient - Modifications des articles L.3212-5, L.3212-8 du CSP.

Ces identités ne seront notifiées, comme préalablement, qu'à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques.

Les nouveaux articles sont ainsi rédigés :

Article L.3212-5

I.-Le directeur de l'établissement d'accueil informe sans délai le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, et la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 de toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre et leur communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai copie de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2

~~*II. Le directeur de l'établissement d'accueil notifie sans délai les nom, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour tant de la personne faisant l'objet des soins que, lorsque l'admission a été prononcée en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3, de celle les ayant demandés :*~~

~~*1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet de soins ;*~~

~~*2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.*~~

III.-Dans le cas où la personne malade a été admise en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'établissement d'accueil informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge.

Article L.3212-8

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, ~~les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5~~ et la personne qui a demandé les soins.

~~*Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies.*~~

- **La copie des avis et des certificats mensuels** établis dans les trois jours avant la fin de chaque période renouvelable d'un mois, dans le cadre de prise en charge en soins sans consentement, **ne doit plus être transmise au Préfet** - Modification des dispositions de l'article L.3212-7 du CSP.

- **Le Préfet ne peut plus ordonner la levée de la mesure de soins à la demande d'un tiers si les conditions ayant fondé l'admission ne sont plus réunies.** En ce sens, la levée n'est envisageable que sur avis d'un psychiatre qui certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies. Modification de l'article L.3212-8 du CSP.

- Précision relative à la **compétence du Juge des libertés et de la détention lorsqu'un patient a été transféré** dans un autre établissement de santé mentale : une modification de l'article L.3211-11-2 du CSP qui dispose :

« En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine. »

L'audience au sein d'une salle spécialement aménagée dans le cadre du contrôle obligatoire du JLD avant l'expiration d'un délai de 12 jours se tiendra au sein de l'établissement à l'origine de la saisine du juge, au sein *« de l'établissement d'accueil »*.

- L'actualité réglementaire récente me conduit à présenter, au sein de ce document, les **dernières modifications réglementaires concernant les modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.**

Au JORF n°0028 du 03 février 2016 est paru le décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Ce texte attendu intervient suite au caractère déclaré inconstitutionnel de plusieurs dispositions du Code de la santé publique relatives aux Unités pour Malades Difficiles.

Les points abordés par le décret, et les modifications apportées se présentent comme suit (légende : **ajouts / suppressions**) :

1°) Programme de soins psychiatriques

Nouvelle rédaction de l'article R.3211-1 du CSP

I.-Le programme de soins prévu à l'article L.3211-2-1 est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale.

Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

II.-Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités ~~suivantes : 1°) Une hospitalisation à temps partiel, 2°) Des soins ambulatoires 3°) Des soins à domicile 4°) l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques~~ mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1 ainsi que l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu, ~~la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé~~ les modalités du séjour en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

III.-L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, ~~notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications,~~ afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information ~~prévue à l'article L.3211-3 au II de l'article L.3211-2-1~~ et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

IV.-Lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, le directeur de l'établissement de santé transmet sans délai au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, une copie du programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 et ~~de l'avis motivé du certificat médical prévu~~ au troisième alinéa de l'article L.3211-2-2. Il lui transmet les programmes suivants accompagnant les certificats médicaux mentionnés ~~au premier alinéa de~~ à l'article L.3211-11 et au I de l'article L.3213-3.

Le représentant de l'Etat ~~ou à Paris, le préfet de police~~ est informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté. ~~S'il prend un nouvel arrêté suite à la modification du programme de soins, il recueille à nouveau l'avis du collège prévu au III de l'article L.3213-1;~~ A cet effet, le directeur de l'établissement lui adresse le certificat médical proposant la modification substantielle du programme de soins ainsi que l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

V.-Les décisions des directeurs d'établissement et les arrêtés préfectoraux décidant ou modifiant la forme de la prise en charge, ainsi que les programmes de soins les accompagnant, sont remis au patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement de santé d'accueil ou de la structure assurant la prise en charge du patient.

Observations :

- Les modalités de prise en charge d'un patient en programme de soins ne sont plus listées, mais renvoyées à un article, qui dispose, au titre de ces modalités : "*des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.*"

Le décret ne vient pas impacter les modalités de déroulement du programme de soins.

En supprimant la précision relative au programme de soins concernant l'hospitalisation partielle, et en faisant ainsi référence aux précisions, dans le programme de soins, des "*modalités de séjour en établissement de santé*", la philosophie de ce mode de prise en charge en soins ambulatoires sans le consentement du patient est soulignée, à savoir un temps d'hospitalisation mineur.

- L'élaboration du programme de soins et ses modifications sont toujours précédées d'un entretien. Le décret supprime la précision relative au recueil de l'avis du patient "*notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications*".

Cela ne dispense néanmoins pas le psychiatre de délivrer une information, dans le respect des règles légales et déontologiques, d'autant que le patient, depuis le 1er août 2011, doit être informé de sa situation juridique, de ses droits et voies de recours, à chaque changement de la forme prise en charge.

- Concernant les patients admis en SDRE ou les patients au sujet desquels un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été rendu, le Directeur

de l'établissement doit transmettre au Préfet la copie du programme de soins, comme c'était le cas auparavant, ainsi que le certificat médical - et non plus l'avis motivé - établi par le psychiatre ayant proposé la poursuite des soins sous la forme de soins ambulatoires sans consentement. "*Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux*" précisait déjà la loi. Le décret vient seulement opérer un ajustement des dispositions puisque l'avis motivé avait été supprimé en 2013.

2°) Article R.3211-6 du CSP

Nouvelle rédaction

Le délai maximal dans lequel le collège doit rendre son avis, ~~en application des articles L.3212-7 et L.3213-1~~, est fixé à cinq jours à compter de la date de convocation du collège.

Pour l'application des dispositions du II de l'article L.3211-12 et du II de l'article L.3211-12-1, le délai maximal dans lequel le collège doit rendre son avis est réduit afin de garantir le délai de saisine du juge des libertés et de la détention.

Observations :

- La référence aux deux articles (SDT, SDRE) a été supprimée, généralisant le délai de 5 jours accordé au collège pour rendre un avis dès lors qu'il a été saisi dans les cas prévus par la loi.

3°) Insertion d'un nouvel article

Après l'article R.3212-1 (ci-dessous), il est inséré un nouvel article R.3212-2 relatif à l'évaluation annuelle approfondie du collège au sein de "*Chapitre II : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent*".

Actuel article R.3212-1 du CSP

La demande d'admission en soins psychiatriques prévue à l'article [L. 3212-1](#) comporte les mentions manuscrites suivantes :

- 1° La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- 2° Les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- 3° Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- 4° La date ;
- 5° La signature.

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

Nouvel article R.3212-2 du CSP

« Art. R. 3212-2. - L'évaluation médicale annuelle prévue au troisième alinéa de l'article L. 3212-7 est réalisée au plus tard le jour de l'établissement du certificat mensuel de maintien dans les soins, pris conformément à l'article L. 3212-7, établi après la première date anniversaire d'admission dans les soins sans consentement. Le renouvellement de cette évaluation a lieu au plus tôt huit jours avant et au plus tard huit jours après la date anniversaire de la précédente évaluation. »

Observations :

Cet article précise les délais dans lesquels l'évaluation annuelle approfondie doit être programmée, avec une marge temporelle de 8 jours avant et 8 jours après la date anniversaire d'admission du patient.

4°) Modification de l'article R.3213-2 du CSP

Nouvelle rédaction

I.-Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil propose de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques concernant une personne mentionnée ~~à l'article L.3213-8~~ **au II de l'article L.3211-12** ou propose, si celle-ci fait l'objet d'une hospitalisation complète, de modifier la forme de sa prise en charge, le directeur de l'établissement transmet au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police le certificat médical dont cette proposition résulte dans les vingt-quatre heures, puis l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 dans les sept jours qui suivent l'établissement de ce certificat, sauf pour le préfet à fixer un délai plus bref.

II.-Dans les autres cas, notamment si la commission départementale des soins psychiatriques le saisit de la situation d'une personne mentionnée ~~à l'article L.3213-8~~ **au II de l'article L.3211-12**, le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police sollicite l'avis du collège auprès du directeur de l'établissement d'accueil, en précisant le délai dans lequel l'avis ~~doit être produit~~ **lui est transmis par le Directeur de l'établissement**. Ce délai ne peut excéder sept jours.

III.-Dans les vingt-quatre heures qui suivent la production de l'avis du collège ou l'expiration du délai imparti à cette fin, le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police désigne, s'il y a lieu, les deux psychiatres mentionnés à l'article L. 3213-8 et précise le délai dont ils disposent **en application de l'article L.3213-8**, à compter de leur désignation, pour produire leur avis. ~~Ce délai ne peut excéder dix jours.~~

Observations :

- Simple ajustement de références textuelles pour les I et II de cet article s'agissant des modifications de références visées.
- Suppression de la précision du délai ne pouvant excéder 10 jours puisque, comme précisé supra, le collègue, dès lors qu'il est saisi, et pour toutes les situations visées par la loi, dispose d'un délai de 5 jours pour rendre un avis.

5°) Unités pour Malades Difficiles

Section unique : Unités pour malades difficiles

Article R.3222-1 du CSP

Les unités pour malades difficiles ~~sont spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients mentionnés à l'article L. 3222-3~~ accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III et IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières.

Article R.3222-2 du CSP

I. — - Préalablement à l'admission d'un patient en unité pour malades difficiles, les psychiatres exerçant dans cette unité peuvent se rendre dans l'établissement de santé dans lequel le patient est hospitalisé pour l'examiner.

II. - L'admission ~~des malades~~ du patient dans une unité pour malades difficiles est prononcée par arrêté du préfet du département ~~d'implantation de l'unité pour malades difficiles~~ ou, à Paris, du préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en unité pour malades difficiles. Dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, cet arrêté détermine le lieu de l'hospitalisation en considération de ses intérêts personnels et familiaux. Une copie de l'arrêté est transmise au préfet du département dans lequel se situe l'établissement de rattachement de l'unité pour malades difficiles qui reçoit le patient.

L'information du patient concernant la décision mentionnée à l'alinéa précédent est mise en œuvre conformément aux dispositions de l'article L. 3211-3.

III. - Le préfet prend sa décision au vu d'un dossier médical et administratif comprenant notamment :

1° Un certificat médical détaillé établi par le psychiatre demandant l'admission, ~~qui précise~~ **précisant** les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;

2° **L'accord d'un psychiatre de l'unité pour malades difficiles ;**

~~2° L'engagement signé par le préfet du département de l'établissement où est hospitalisé ou détenu le patient ou, à Paris, par le préfet de police, de faire à nouveau hospitaliser ou incarcérer dans son département le patient dans un délai de vingt jours à compter d'un arrêté de sortie de l'unité pour malades difficiles ;~~

3° Le cas échéant, l'indication des mesures de protection des biens du patient qui seront prises.

IV. — En cas de désaccord du psychiatre responsable de l'unité pour malades difficiles, le préfet du département ~~d'implantation de cette unité où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient~~ ou, à Paris, le préfet de police peut saisir la commission du suivi médical mentionnée à l'article ~~R.3222-6~~ **R.3222-4**, qui statue sur l'admission dans les plus brefs délais. ~~Il peut également ordonner l'expertise psychiatrique de l'intéressé, aux frais de l'établissement de santé qui est à l'origine de la demande d'admission.~~

V. - **L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'unité pour malades difficiles organise, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6, que les soins soient dispensés en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité.**

III. — Préalablement à l'admission, les psychiatres exerçant dans l'unité pour malades difficiles peuvent se rendre sur les lieux d'hospitalisation ou de détention du malade pour l'examiner, après accord du préfet du département d'implantation de ces lieux ou, à Paris, du préfet de police (phrase déplacée au I du présent article).

Article R.3222-3 du CSP

~~Le transfert du malade de son lieu d'hospitalisation ou de détention à l'unité pour malades difficiles est ordonné par arrêté du préfet du département d'origine ou, à Paris, du préfet de police, au vu de la décision prononçant son admission. Ce transfert est pris en charge, à l'aller comme au retour, par l'établissement qui est à l'origine de la demande d'admission.~~

L'accompagnement du patient au cours de son transport est effectué à l'aller par le personnel de l'établissement ayant demandé l'admission en unité pour malades difficiles et au retour par le personnel de l'établissement accueillant le patient sortant d'unité pour malades difficiles.

Article R.3222-4 du CSP

~~L'admission dans une unité pour malades difficiles ne fait pas obstacle à l'autorisation de sorties accompagnées de courte durée prévues à l'article L. 3211-11-1.~~

Article R.3222-6 -> R.3222-4 du CSP

Dans chaque département d'implantation d'une unité pour malades difficiles, il est créé une commission du suivi médical, composée de quatre membres nommés par le directeur de l'agence régionale de santé :

1° Un médecin ~~inspecteur de santé~~ **représentant l'agence régionale de santé** ;

2° Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles.

Les membres de la commission mentionnés au 2° sont désignés pour un mandat de trois ans renouvelables. Des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

La commission élit son président en son sein.

~~Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les conditions de fonctionnement de la commission, les cas de déport de ses membres et le montant de l'indemnité qu'ils perçoivent.~~

Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Article R.3222-7 -> R.3222-5 du CSP

La commission du suivi médical peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé en unité pour malades difficiles **de son département d'implantation**. Elle examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans une telle unité.

Elle informe la commission départementale des soins psychiatriques des conclusions des examens auxquels elle procède.

Elle peut, en outre, être saisie :

— par la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches ;

— par les procureurs de la République ~~des départements d'origine ou d'accueil~~ **compétents du lieu d'origine ou d'accueil** ;

— par les préfets des départements d'origine ou d'accueil ou, à Paris, par le préfet de police ;

— par le psychiatre responsable de l'unité ;

— par le médecin généraliste ou le psychiatre **exerçant dans le secteur privé** traitant le patient ;

— par le psychiatre ~~hospitalier responsable du secteur psychiatrique d'origine de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge~~ ;

— par le directeur de l'établissement où est implantée l'unité ;

— par le directeur de l'établissement ~~d'origine de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge~~.

La commission saisit le préfet conformément à l'article [R. 3222-5](#) si elle estime que les conditions du maintien de l'hospitalisation d'un patient en unité pour malades difficiles ne sont plus remplies.

Elle informe la commission départementale des soins psychiatriques des conclusions des examens auxquels elle procède (phrase déplacée au 1er alinéa du présent article).

Article R.3222-5 du CSP

Lorsque la commission du suivi médical mentionnée à l'article ~~R.3222-6~~ [R.3222-4](#) saisie le cas échéant par le psychiatre responsable de l'unité **pour malades difficiles**, constate que les conditions mentionnées à l'article ~~L.3222-3~~ [R.3222-1](#) ne sont plus remplies, elle saisit le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police, qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'unité pour malades difficiles **et informe de sa décision le préfet ayant pris l'arrêté initial d'admission dans cette unité ainsi que l'établissement de santé qui avait demandé l'admission du patient.** ~~Cette~~ La sortie peut être **prononcée décidée** sous forme :

1° D'une levée de la mesure de soins ou ~~d'une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète décidée conformément aux dispositions respectives de l'article [L. 3213-8](#) et du III de l'article [L. 3213-1](#) ;~~

2° De la poursuite des soins sans consentement soit dans l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en unité pour malades difficiles, soit dans un autre établissement de santé mentionné à l'article [L. 3222-1](#).

~~2° D'un transfert dans un autre établissement de santé mentionné à l'article [L. 3222-1](#) ;~~

~~3° D'un retour dans l'établissement de santé d'origine.~~

L'établissement de santé qui a demandé l'admission du patient organise la poursuite des soins en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité. L'établissement désigné par l'arrêté préfectoral accueille le patient dans un délai maximal de vingt jours.

~~En cas de contestation de l'établissement de santé d'origine, le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police saisit la commission du suivi médical, qui statue dans les plus brefs délais.~~

Lorsque le préfet prononce la sortie, **sous la forme prévue au 1°**, de l'unité pour malades difficiles d'une personne détenue, ~~son~~ **le retour de cette dernière** en détention **ou en unité hospitalière spécialement aménagée** est organisé à bref délai dans les conditions prévues par le chapitre IV du titre Ier du présent livre.

Article R.3222-8 du CSP

La commission du suivi médical visite l'unité pour malades difficiles ~~à tout moment qu'elle juge utile et~~ au moins une fois par semestre. Elle adresse le compte rendu de cette visite à la commission départementale des soins psychiatriques, au préfet du département **et ou**, à Paris, au préfet de police, **et ainsi qu'**au procureur de la République **compétent**.

~~Article R.3222-9 du CSP~~

~~La durée minimale d'hospitalisation dont la personne a déjà fait l'objet dans une unité pour malades difficiles, prévue au 2° du II de l'article L. 3211-12, au deuxième alinéa du I et au 2° du III de l'article L. 3213-1 et au 2° de l'article L. 3213-8, est fixée à un an. Cette durée s'entend de l'hospitalisation continue la plus longue dans une unité pour malades difficiles.~~

Observations :

- Le mot "malade" est substitué par le mot "patient" au sein de toutes les dispositions relatives aux UMD.
- Le décret précise que les UMD ne sont plus des unités spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté mais qu'elles accueillent des patients ayant été admis en SDRE, des patients détenus, des patients en UHSA, ou des patients au sujet desquels un jugement déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a été rendu. Ces unités accueillent ainsi ces patients *"dont l'état requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières"*.
- Le décret évoque les liens familiaux en prévoyant que l'arrêté prononçant l'admission du patient détermine le lieu de l'hospitalisation *"en considération de ses intérêts personnels et familiaux"*.
- Le patient admis en UMD doit être informé de sa situation juridique nouvelle, de ses droits et des voies de recours.
- Sur un plan formel, l'engagement signé de l'établissement d'accueil initial de poursuivre les soins (et de "reprendre" la personne), si nécessaire, n'est plus exigé. Mais le principe de continuité des soins reste inchangé, et autrement formulé : *"L'établissement de santé dans lequel était hospitalisé le patient ayant fait l'objet de la demande d'admission dans l'unité pour malades difficiles organise, à la sortie du patient de l'unité, les conditions de la poursuite des soins sans consentement lorsqu'elle est décidée conformément à l'article R. 3222-6, que les soins soient dispensés en son sein ou dans un autre établissement de santé en cas de nécessité."*
- L'expertise psychiatre n'est plus requise en cas de désaccord du psychiatre responsable de l'UMD pour l'admission d'un patient.
- L'accompagnement du patient au cours de son transport est effectué à l'aller par le personnel de l'établissement ayant demandé l'admission en unité pour malades difficiles et au retour par le personnel de l'établissement accueillant le patient sortant d'unité pour malades difficiles.
- La CDSP doit désormais être informée des conclusions rendues par la commission de suivi médical, chaque fois qu'elle est amenée à rendre des conclusions sur la situation d'une personne séjournant en UMD.
- La durée minimale de séjour en UMD, jugée discriminatoire, a été supprimée. Elle était fixée à un an.

II. Impact sur les droits des patients : un accent mis sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé

Information du patient pour mieux l'accompagner

- Création d'un service public sous la responsabilité du Ministre chargé de la santé pour la diffusion gratuite et la plus large d'informations relatives à la santé et aux produits de santé.

L'article L.1111-1-1 du CSP dispose :

« Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé. »

- Information financière

L'information financière du patient était préalablement consacrée légalement par la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et était délivrée principalement à la demande du patient.

Le législateur précise **l'étendue** et la **gratuité** du droit à **l'information financière** - Art. L. 1111-3 du CSP :

« Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais. »
Cette information est gratuite.

La remise d'un document informatif sur les éléments financiers à la sortie du patient se voit désormais généralisé. Un décret viendra en préciser les modalités.

L'article L.1111-3-1 du CSP dispose sur ce point :

« Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

Par ailleurs, l'information financière devra faire l'objet de mesures de publicité pour les établissements de santé, constituant désormais un **nouvel affichage obligatoire**.

Le nouvel article L.1111-3-2 du CSP précise ainsi, en son I :

« L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :

1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;

2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.

S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public. »

- Information relative à la souscription d'une assurance destinée à garantir la responsabilité des établissements de santé

Obligation est faite, pour les établissements de santé, de délivrer une information administrative supplémentaire relative au respect de l'obligation d'assurance.

Le deuxième alinéa du nouvel article L.1111-3-6 du CSP dispose :

« Le patient est également informé par ces mêmes professionnels ou personnes du respect de l'obligation d'assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée dans le cadre des activités prévues au même article L. 1142-1 »

Préservation du secret médical, conditions du partage du secret

- L'article L.1110-4 du CSP relatif au secret médical, qui avait été inséré au sein du CSP par la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé souligne le droit au respect de la vie privée et au secret des informations concernant le patient.

- Les conditions de partage du secret professionnel telles que le législateur avait pu le préciser dans d'autres textes (loi relative à la prévention de la délinquance, loi relative à la protection de l'enfance, loi tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap) 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. »

- Dans le droit fil de la législation antérieure, le partage porte sur ce qui sera strictement nécessaire à l'exercice d'une mission, précisant désormais le souci de « *coordination et de continuité des soins* ».

- Si le législateur étend le partage entre professionnels, et non aux « seuls » professionnels de santé, il souligne que ce partage ne peut porter que sur ce qui est strictement nécessaire.

- De cette façon, la notion d'équipe de soins a été définie légalement, en élargissant le partage entre professionnels participant directement à la prise en charge :

- L'article L.1110-12 du CSP dispose :

« (...) 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 ;

« 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. » ; »

- Ainsi, les professionnels appartenant à la même équipe de soins 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 précise l'article L.1110-4.*

- Si le partage n'est pas envisagé entre professionnels de santé faisant partie de la même équipe de soins, il conviendra de recueillir préalablement l'accord du patient.

- Tel est le sens de la nouvelle précision légale, au III du même article :

« 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. »

- Le patient est dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Il peut exercer ce droit à tout moment.

- Un décret précisant les conditions de recueil du consentement du patient en cas de partage d'informations est attendu.

Personne de confiance

Petite précision d'une nouveauté issue de la loi n°2016-87 du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : la désignation de la personne de confiance doit être co-signée par le patient et la personne désignée.

Secret médical et ayants droit

- En cas de décès, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité du défunt patient peut accéder au dossier médical.

- La demande d'accès doit toujours être motivée, comme préalablement, par l'une des trois causes légales : défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses droits, connaître les causes du décès.

Médiation sanitaire, interprétariat linguistique

- Le législateur consacre, au sein de la partie législative relative aux droits collectifs des patients, « la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique ».

- Un décret en précisant les modalités d'application est annoncé.

- Le nouvel article L.1110-13 du CSP dispose ainsi :

« La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé. (...) ».

Coordination du parcours du patient, médecin traitant, médecin prescripteur, lettre de liaison

- Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.
- Le médecin traitant et le médecin qui a adressé le patient ont droit d'accéder aux informations médicales concernant leur patient, sur leur demande : il n'est pas fait état de l'accord préalable obligatoire du patient.
- Le médecin traitant et le médecin qui a adressé le patient sont également tous deux destinataires d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient a été pris en charge en l'absence de lettre de liaison d'un praticien. Il n'est pas fait état de l'information du patient sur ce point, ni du recueil préalable de son consentement.
- La lettre de liaison rédigée par le médecin de l'établissement ayant pris en charge le patient est remise au patient à sa sortie, ou, avec son accord, à sa personne de confiance.
- Le législateur précise que ces lettres de liaison peuvent être dématérialisées
- Ces modifications ont été insérées au sein de l'article L.1112-1 du CSP, issu de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et relatif à l'accès aux informations médicales détenues par un établissement de santé.
- L'article L.1112-1 ainsi modifié dispose :

« I. - Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7. Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant.

Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations. Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

II.-Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I.

Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison mentionnée au premier alinéa du présent II.

La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance.

Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le dossier médical partagé du patient et envoyées par messagerie sécurisée au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

III. - Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent.

Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les modalités d'application du présent article, notamment en ce qui concerne la procédure d'accès aux informations médicales définies à l'article L. 1111-7, sont fixées par voie réglementaire, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins. »

Tiers payant, et respect du principe de non-discrimination du patient

- La loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait consacré légalement le droit préexistant dans la hiérarchie des normes à la non-discrimination.

- Le législateur confie au Conseil national de l'ordre des médecins, en lien avec des associations de patients agréées, le contrôle du respect du principe de non-discrimination dans l'accès et à la prévention aux soins.

- L'article L.4122-1 du CSP modifié est ainsi rédigé :

« Le conseil national de l'ordre remplit sur le plan national la mission définie à l'article L. 4121-2. Il veille notamment à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1. Il évalue, en lien avec des associations de patients agréées en application de l'article L. 1114-1

et selon des modalités précisées par décret, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, mentionné à l'article L. 1110-3, par les membres de l'ordre. Il lui revient de mesurer l'importance et la nature des pratiques de refus de soins par les moyens qu'il juge appropriés. Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé. »

Libre choix : rappel du principe fondamental

- La personne prise en charge en santé mentale dispose, depuis 1990, du libre choix de son **établissement** de santé et de son médecin **psychiatre**.

- L'article L.3211-2 du CSP dispose en ce sens :

« Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence. »

- Le législateur prend le soin de souligner ce droit au libre choix, ajoutant le **libre choix du mode de prise en charge lorsque l'état de santé de la personne le permet**.

- L'article L.1110-8 du CSP modifié dispose :

« Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire.

Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux. »

- L'article L.1111-2 du CSP relatif à l'information médicale, issue de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a ainsi été complété :

*« Le patient est également informé de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. **Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge.** »*

Majeurs protégés et expression du consentement : un ajustement annoncé pour une cohérence des dispositifs légaux – Art. 211 de la loi.

Le législateur annonce des modifications concernant le consentement du majeur incapable.

Alors que la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit, en ses articles L.1111-2 et L.1111-4, une représentation par le mandataire judiciaire, la loi n°2007-308 du 05 mars 2007 réformant la protection des majeurs consacre l'autonomie du sujet protégé pour les actes strictement personnels, la prise de décision seule lorsque son état de santé le permet et l'assistance de la personne protégée au cas où elle n'est pas à même de prendre seule une décision personnelle éclairée.

Ainsi les dispositions du Code de la santé publique, issues de la loi du 04 mars 2002, et celles du Code civil, issues de la loi du 05 mars 2007 ne sont pas en harmonie, soulevant des difficultés quotidiennes dans les pratiques professionnelles.

III. Cadre légal de l'isolement et de la contention

Le législateur est venu poser le cadre légal de l'isolement et de la contention, créant un nouvel article au sein des dispositions législatives exclusivement relatives à la psychiatrie.

L'article L. 3222-5-1 du CSP dispose :

« 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. »

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. »

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

- A la lumière de la jurisprudence française, il est rappelé que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours.

- Le juge, exerçant un contrôle d'opportunité de la mesure privative de liberté, viendra apporter un éclairage dans l'interprétation des notions suivantes :

- « *dommage immédiat ou imminent* »
- « *durée limitée* »
- « *surveillance stricte* »

- La tenue d'un registre traçant les mesures d'isolement et de contention est rendue obligatoire.

IV. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie : le Conseil local de santé mentale devient un pivot légalement consacré

- Au sein du Chapitre « Faciliter au quotidien les parcours de santé », le législateur consacre et définit « l'équipe de soins primaires » et les « communautés professionnelles territoriales de santé ».

- Il importe de présenter préalablement ces deux notions afin de mieux appréhender l'organisation de la psychiatrie modifiée par la loi de modernisation de notre système de santé :

- **Définition d'une équipe de soins primaires** - Art. L. 1411-11-1 du CSP.

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Ce nouvel article vient compléter l'article L.1411-11 traitant de l'organisation des soins de premier recours :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° L'éducation pour la santé.*

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

- **Communautés professionnelles territoriales de santé** - Art. L.1434-12, 1434-13 du CSP

Art. L. 1434-12.-*Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.*

« La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. « Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. « Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé. « A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé.

« Art. L. 1434-13.-Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé, l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

« Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. A cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8.

« Le contrat territorial de santé est publié sur le site internet de l'agence régionale de santé afin de permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et des moyens financiers du projet.

« Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes prévues à l'article L. 6327-2. » ;

- La **politique de santé mentale**, qui doit être menée avec l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et d'insertion, a été **définie** par le législateur – Art. L.3221-1 du CSP :

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

- La politique de santé mentale repose sur un projet territorial de santé mentale, défini, sur un territoire donné, sur la base d'un **diagnostic territorial partagé en santé mentale**.
- La loi complète les dispositions antérieures relatives aux missions et compétences des ARS précisant qu'elles **"assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2."** - Modification de l'article L.1431-2 du CSP relatif aux missions et compétences des ARS.
- Sont notamment associés les représentants des usagers à l'élaboration de ce projet territorial de santé mentale, *ainsi que les que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale 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 diagnostics et projets susvisés doivent tenir compte des projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé
- Ce projet organise la coordination territoriale de second niveau, et répondra à des priorités qui seront définies par décret.
- **Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé**
- 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'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.
- **Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale.**
- Le Conseil de territoire devant être constitué par le Directeur général de l'ARS comprend une commission spécialisée en santé mentale.
- Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une **communauté psychiatrique de territoire** pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.
- **Définition** (et restauration...) **d'une psychiatrie de secteur**. Le législateur indique que la psychiatrie de secteur doit concourir à la politique de santé mentale : un recours de proximité, associant désormais les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé.
- Le législateur souligne deux des grands principes de service public : accessibilité, continuité.

- Il vise l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques.

- Concernant les enfants et adolescents, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1 du CSP, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs.

- Le **cadre territorial** de prise en charge **des enfants et des adolescents** est un territoire de proximité appelé "**secteur de psychiatrie**".

- Le **projet d'établissement** doit préciser les modalités d'organisation de la mission de psychiatrie au sein de la zone d'intervention que l'établissement s'est vu affectée : précision nouvelle de l'article L.6143-2 du CSP :

*« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université dans la convention prévue à l'article L. 6142-3 du présent code et à l'article L. 713-4 du code de l'éducation. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. **Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée.***

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

- Le législateur est par ailleurs venu consacrer, et définir « le **parcours de santé complexe** » : Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

- L'article L.6327-1 du CSP dispose sur ce point :

« -Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.

Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé.

Les fonctions d'appui font l'objet d'une évaluation annuelle en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. »

- La régulation téléphonique de l'activité de permanence et de soins ambulatoires doit être coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie précise l'article L.6314-1 du CSP :

« La régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente, l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

- Les objectifs déterminés dans **le schéma régional de santé**, qui est établi pour cinq ans, peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12 du CSP, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 du CSP ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 du CSP.

- Les articles ainsi modifiés relatifs à la politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie se présentent comme suit :

Article L.3221-1 du CSP

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Article L.3221-2 du CSP

I.-Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

II.-Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale 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 diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

III.-Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

Il organise les conditions d'accès de la population :

1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

A cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire.

Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique.

Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services.

IV.-Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

V.-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'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 comprend une commission spécialisée en santé mentale.

VI.-Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

Article L3221-3 du CSP

I.-L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

II.-Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

Article L3221-4 du CSP

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs.

Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.

Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie.

Article L3221-4-1 du CSP

L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3221-1 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L. 1114-1.

Article L3221-4-1 A du CSP

Un établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit.

La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition.

Article L3221-5 du CSP

Les biens, meubles et immeubles affectés aux services publics de lutte contre les maladies mentales et nécessaires à l'exercice de leurs activités sont mis à la disposition des établissements mentionnés à l'article L. 3221-4 désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article L3221-5-1 du CSP

Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1, notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11.

V. Les représentants des usagers : l'Empowerment

- Création de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé - Art. L. 1114-6. du CSP

L'article 1er de la loi, symboliquement, informe de la création de cette union, marquant ainsi la place maîtresse des usagers dans le système de santé.

« L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé est habilitée à :
1/ Donner ses avis aux pouvoirs publics sur les questions relatives au fonctionnement du système de santé et leur proposer les mesures qui paraissent conformes aux intérêts matériels et moraux de ses membres ;
2/ Animer un réseau des associations agréées d'usagers aux niveaux national et régional ;
3/ Agir en justice pour la défense de ses propres intérêts moraux et matériels comme de ceux des usagers du système de santé ;
4/ Représenter les usagers auprès des pouvoirs publics, notamment en vue de la désignation des délégués dans les conseils, assemblées et organismes institués par les pouvoirs publics ;
5/ Proposer au ministre chargé de la santé une liste des associations mentionnées à l'article L. 1114-1. »

L'Union sera consultée sur tout projet de loi portant sur la politique de santé (art. L.1411-1 du CSP).

- Projet territorial de santé mentale

Comme déjà précisé, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration du projet territorial de santé mentale, ainsi que les que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale 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 établissements de santé assurant le service public hospitalier doivent garantir la représentation des usagers du système de santé – Art. L.6112-2, II, 1°) du CSP

- Expérimentation en faveur de l'information des usagers et du respect de leurs droits

Le conseil territorial constitué à échelle locale par le Directeur Général de l'ARS pourra, à titre expérimental, intervenir et accompagner les usagers dans leurs démarches.

« A titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'Etat peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations.

Ces conseils territoriaux de santé facilitent les démarches des usagers, les informent de leurs droits et les orientent. Les conseils veillent à ce que les usagers puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés, notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Lorsque la plainte ou la réclamation concerne une prise en charge par un établissement de santé, ces conseils territoriaux agissent en lien avec la commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique. Les membres des conseils territoriaux sont astreints au secret professionnel, dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Les modalités et les conditions de l'expérimentation sont prévues par décret en Conseil d'Etat. »

Les conseils territoriaux autorisés par l'Etat pourront ainsi être amenés agir en lien avec la Commission des usagers des établissements de santé mentale (notamment).

- Formation obligatoire des représentants des usagers – Art. L.1114-1 du CSP.

- Le Conseil d'administration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux doit comprendre au moins un représentant des usagers du système de santé d'associations agréées – Art. L.6113-10-1 du CSP.

- Reconnaissance légale d'un droit d'alerte des associations de représentants des usagers agréées auprès de la Haute Autorité de Santé – Art. L.161-37 du Code de la sécurité sociale

« Sans préjudice de l'application de la loi n° 2013-316 du 16 avril 2013 relative à l'indépendance de l'expertise en matière de santé et d'environnement et à la protection des lanceurs d'alerte, les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique disposent également d'un droit d'alerte auprès de la Haute Autorité de santé. A ce titre, elles peuvent la saisir de tout fait ayant des incidences importantes sur la santé, nécessitant que la Haute Autorité fasse usage de ses compétences définies au présent chapitre.

La Haute Autorité de santé rend publiques les suites qu'elle apporte aux saisines des associations ainsi que les modalités selon lesquelles elle les a instruites. Elle peut entendre publiquement l'association auteur de la saisine ainsi que toute personne intéressée. »

- Présidence de la Commission des Usagers pouvant être assurée par un représentant des usagers d'une association agréée de représentants des usagers – Art. L.1112-3, L.6144-1 du CSP

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité du système de santé est renommée « Commission des Usagers ».

Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

La Commission des usagers, désormais, *« est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données. « Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données. (...)»*

De même, *« en cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.(...) »*.

Un décret viendra préciser la composition et les modalités de fonctionnement de la Commission des usagers.

- « Actions de groupe » d'une association d'usagers du système de santé agréée – Art. 184 de la loi

Le législateur consacre la possibilité, pour une association d'usagers du système de santé agréée d'agir en justice aux fins d'obtenir la réparation des préjudices individuels.

L'action de groupe vise les dommages consécutifs à un *manquement d'un producteur, ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L.5311-1* (précisés ci-dessous) *ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles.*

Extrait du II de l'article L.5311-1 du CSP : *« (...) produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits à finalité cosmétique, et notamment :*

1° Les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiants, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique ;

2° Les produits contraceptifs et contragestifs ;

3° Les biomatériaux et les dispositifs médicaux ;

4° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ;

5° Les produits sanguins labiles ;

- 6° Les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ;
- 7° Les produits cellulaires à finalité thérapeutique ;
- 8° Le lait maternel collecté, qualifié, préparé et conservé par les lactariums ;
- 9° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact ;
- 10° (Abrogé) ;
- 11° Les procédés et appareils destinés à la désinfection des locaux et des véhicules dans les cas prévus à l'article L. 3114-1 ;
- 12° (Abrogé) ;
- 13° (Abrogé) ;
- 14° Les lentilles oculaires non correctrices ;
- 15° Les produits cosmétiques ;
- 16° Les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1 ;
- 17° Les produits de tatouage ;
- 18° Les logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux et qui sont utilisés par les laboratoires de biologie médicale, pour la gestion des examens de biologie médicale et lors de la validation, de l'interprétation, de la communication appropriée en application du 3° de l'article L. 6211-2 et de l'archivage des résultats ;
- 19° Les dispositifs à finalité non strictement médicale utilisés dans les laboratoires de biologie médicale pour la réalisation des examens de biologie médicale ;
- 20° Les logiciels d'aide à la prescription et les logiciels d'aide à la dispensation. »

VI. L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique : les actions de promotion de la santé mises en exergue par le législateur

- **Actions de promotion de la santé** - Art. L.1411-2 du CSP

Le législateur est venu définir les actions de promotion de la santé, soulignant en son contenu l'empowerment des usagers.

« Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. »

- Le législateur **complète par la même les missions des ARS** au sein de l'article .1431-2 du CSP :

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

A ce titre : (...)

d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ; (...) ».

- **Promotion et éducation à la santé auprès des personnes handicapées** – Art. L.1417-1 du CSP

- Au sein de l'article présentant les missions de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, une référence précise a été insérée concernant les personnes handicapées.

- L'article L1417-1 modifié dispose :

« Un établissement public de l'Etat dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions :

1° De mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 ;

2° D'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

3° D'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;

4° De participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;

5° D'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités définies par décret ;

6° De s'assurer de l'accessibilité aux personnes handicapées des programmes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique.

L'institut apporte son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-1. »

- **Centres de santé et éducation thérapeutique du patient** – Article 209 de la loi

Les centres de santé, pouvant être créés et gérés par des établissements de santé, peuvent désormais mener des actions d'éducation thérapeutique du patient.

La nouvelle rédaction du premier alinéa de l'article L.6323-1 du CSP est la suivante :

*« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. **Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients** ».*

VII. Le droit à la protection de la santé : une responsabilité étatique soulignée

- **Définition de la politique de santé relevant de la responsabilité de l'Etat** - Art. L.1411-1 du CSP

*« La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. **La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat.** »*

En son article 1^{er}, la loi symboliquement, après le premier article consacré aux représentants des usagers, fait référence au droit à la protection de la santé, inscrit dans le préambule de la constitution du 27 octobre 1946, repris dans le préambule de celle du 04 octobre 1958.

« La politique de santé tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

1/ La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;

2/ La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

3/ La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;

4/ L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;

5/ L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;

6/ La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ;

7/ La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;

8/ La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en oeuvre ;

9/ *La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;*

10/ *L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités ;*

11/ *L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique de santé. »*

La politique de santé sera conduite dans le cadre d'une stratégie nationale. Préalablement à son adoption, le Gouvernement procédera à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale (art. L.1411-1 -1 du CSP).

- Accès aux soins, garanties pour l'utilisateur – Article 98 de la loi

L'agence régionale de santé veille à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et saisonnières du territoire.

- Nouvelle consécration légale d'un service public « hospitalier » - Art. L. 6112-1 du CSP

Le législateur consacre de nouveau l'existence d'un service public « hospitalier », en soulignant les grands principes de tout service public : égalité, continuité, adaptabilité.

L'article L.6112-2 du CSP dispose :

Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

VI. Information complémentaire relative à plusieurs dispositions législatives

Groupements hospitaliers de territoire- Article 107 de la loi

Un volet de la loi de modernisation de notre système de santé est consacré aux groupements hospitaliers de territoire

Le principe légalement posé aux I et II de l'article L.6132-1 du CSP est le suivant :

« I. Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

II.-Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. (...). »

Il est à noter la précision de l'article L.6132-4 du CSP concernant la procédure de certification : *«La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire. »*

Un décret relatif aux modalités de constitution et de fonctionnement des communautés psychiatriques de territoire est attendu.

Sur ce sujet, un document a été élaboré par le CNEH.

Lien pour accéder au document : <http://asp-indus.secure-zone.net/v2/1322/1789/4375/Echos-JuriSant%C3%A9-86.pdf>

Création de l'Agence Nationale de santé publique - Article 166 de la loi

Un nouvel établissement public, reprenant l'ensemble des missions, des compétences et des pouvoirs exercés par l'Institut de veille sanitaire et par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé sera créé.

« Pour la mise en œuvre sur l'ensemble du territoire de ses missions de veille, de surveillance et d'alerte et pour disposer des connaissances sur l'état de santé des populations, l'établissement assure la responsabilité d'un système national de veille et de surveillance, dans le respect du principe de subsidiarité compte tenu des missions dévolues aux agences régionales de santé mentionnées notamment au 1° de l'article L. 1431-2 du même code. Pour assurer la cohérence du système de surveillance et de veille et pour améliorer la pertinence des actions dans son champ de compétence, l'établissement dispose, sous son autorité, de cellules d'intervention en région, placées auprès des directeurs généraux des agences régionales de santé ; (... ».

Création d'un Institut national des données de santé – Art. L.1462-1 du CSP

« Un groupement d'intérêt public, dénommé : “ Institut national des données de santé ”, est constitué entre l'Etat, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé.

Il est notamment chargé :

1° De veiller à la qualité des données de santé et aux conditions générales de leur mise à disposition, garantissant leur sécurité et facilitant leur utilisation dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

2° D'assurer le secrétariat unique mentionné à l'article 54 de la même loi ;

3° D'émettre un avis sur le caractère d'intérêt public que présente une recherche, une étude ou une évaluation, dans les conditions prévues au même article 54 ;

4° De faciliter la mise à disposition d'échantillons ou de jeux de données agrégées mentionnées au V dudit article 54, dans des conditions préalablement homologuées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

5° De contribuer à l'expression des besoins en matière de données anonymes et de résultats statistiques, en vue de leur mise à la disposition du public.

« Il publie chaque année un rapport transmis au Parlement. »

Création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé – Art. 194 de la loi

« Art. L. 6156-4 du CSP.-*Il est institué un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé mentionnés aux chapitres Ier et II du présent titre. Son président est nommé par arrêté. Il comprend en outre :*

« 1° *Des représentants des organisations syndicales représentatives des personnels concernés ;*

« 2° *Des représentants des ministres concernés ;*

« 3° *Des représentants des établissements publics de santé désignés par les organisations les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

« *Le décret prévu à l'article L. 6156-7 en précise la composition et l'organisation.*

« Art. L. 6156-5 du CSP -*Le Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques est **saisi pour avis des projets de loi, des projets de décret de portée générale relatifs à l'exercice hospitalier de ces personnels et des projets de statuts particuliers qui leur sont applicables.***

« *Il **examine toute question** relative aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques dont il est **saisi soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative. Il formule, le cas échéant, des propositions.***

Création d'une Commission statutaire nationale – Art. 194 de la loi

« Art. L. 6156-6.-I du CSP - *Il est institué une commission statutaire nationale qui peut être **saisie des situations individuelles des praticiens hospitaliers** mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1.*

La commission statutaire nationale comprend un collège des représentants des personnels mentionnés au même 1° et un collège des représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires. Les collèges sont divisés en sections qui regroupent des spécialités en fonction de leur nature et de leurs effectifs.

Le décret prévu à l'article L. 6156-7 précise les attributions, la composition et le fonctionnement de la commission statutaire nationale, notamment la définition des spécialités mentionnées au deuxième alinéa du présent article.

Substitution du dossier médical personnel par le dossier médical partagé – Art. 96 de la loi

Art. L.1111-14 du CSP. *Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé.*

A cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elle participe également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

Est précisé, par le législateur, la transparence pour l'intéressé relative aux informations contenues dans le DMP, et surtout aux personnes qui y ont accès. Dans l'esprit des lois, le patient est acteur de sa santé.

Art. L. 1111-19 du CSP .-« *Le titulaire accède directement, par voie électronique, au contenu de son dossier.*

Il peut également accéder à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut, à tout moment, la modifier.

Il peut, à tout moment, prendre connaissance des traces d'accès à son dossier. »

Pôles de santé et Présidence de la CME – Art. 195

Le législateur est venu retoucher quelques dispositions de la loi HPST du 21 juillet 2009, apportant des précisions, notamment pour la présidence de CME, qui étaient nécessaires dans le silence antérieur des textes.

Les Pôles « *d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés " pôles hospitalo-universitaires »* dispose l'article L.6146-1 du CSP. « *Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement. »*

Un décret est annoncé pour préciser les modalités d'exercice de la présidence de la CME, comme l'annonce l'article L. 6143-7-3 du CSP:

Un décret fixe :

« 1° Les modalités d'exercice des fonctions de président de la commission médicale d'établissement ;

2° Les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement, qui prévoit :

a) Les modalités des relations entre le président de la commission médicale d'établissement et les pôles d'activité clinique et médico-technique au sein de l'établissement ;

b) Les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le président de la commission médicale d'établissement ;

c) Les moyens matériels et humains mis à disposition du président de la commission médicale d'établissement. »

Dispositions générales de santé publique

1- Actions de promotion de la santé auprès des élèves - Art. L.121-4-1, L.121-4-1 du CSP

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.

2- Renforcement de l'accès aux soins de la personne mineure, nouvelle dérogation au principe de prise de décision par les parents d'une personne mineure - Art. L.1111-5, L.1111-5-1 du CSP

La loi n°2002-303 du 04 mars 2002 avait consacré une dérogation au principe de prise de décision concernant la santé d'une personne mineure par les détenteurs de l'autorité parentale. Cette dérogation avait pour objectif de permettre à la personne mineure d'accéder au système de santé dans les situations où ses parents marqueraient un désaccord.

L'exception était la suivante :

« Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

Le législateur vient renforcer le champ dérogatoire en indiquant que le médecin ou la sage-femme peuvent mettre en oeuvre non plus un seul "traitement ou une intervention" mais "l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement" .

Deux nouvelles dérogations sont consacrées par la loi concernant la personne mineure.

L'article L.1111-5-1 dispose ainsi :

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer

d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en oeuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

Le législateur conditionne dans les mêmes termes l'exception à l'accord parental en soulignant que le dépistage ou le traitement doit s'imposer pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive de la personne mineure.

La personne mineure peut se dispenser de l'accord de ses parents dans le cadre de dépistage de maladies infectieuses transmissibles :

« Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le personnel mentionné au premier alinéa du présent article peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque ce dépistage s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et qui s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, ce personnel doit, dans premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, ce personnel peut mettre en oeuvre le dépistage. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. »

On notera que le législateur souligne de nouveau la nécessité de procéder à un acte pour sauvegarder la santé de la personne mineure.

Juridiquement, au sens du Code civil, le mineur est un "incapable mineur" qui ne pourra consentir seul en ces situations, en lieu et place de ses parents. Il doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix.

3- Renforcement de la pénalisation des délits de provocation d'une personne mineure à la consommation habituelle et à la consommation excessive d'alcool - Article 12 de la loi

4- Interdiction de la mise à disposition en accès libre, sous forme d'offre à volonté gratuite ou pour un prix forfaitaire, de **boissons avec ajout de sucres ou d'édulcorants de synthèse** dans tous les lieux de restauration ouverts au public , les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des **mineurs** - Article 16 de la loi.

5- Dispositions relatives à la lutte contre le tabagisme - Articles 22 à 35 de la loi.

- **Interdiction de vapoter** (Art. L.3511-7-1 du CSP) dans :
 - 1/ Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
 - 2/ Les moyens de transport collectif fermés ;
 - 3/ Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.
- **Tabac aromatisé interdit à la vente** à partir du 20 mai 2020 - Article 22 –
- **Conditionnement neutre et uniformisé des paquets de cigarettes**, tabac à rouler, papier à cigarette, papier à rouler les cigarettes (entrée en vigueur le 20 mai 2020) - Article 27
- **Interdiction de fumer dans un véhicule** en présence de personnes **mineures** - Article 29

6- Discrimination, Don du sang - Article 40 de la loi

L'article L.1211-6-1 inséré dans le Code de la santé publique dispose : « *Nul ne peut être exclu du don de sang en raison de son orientation sexuelle.* »

7- Ouverture à titre expérimental de salle de "consommation à moindre risque" dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de la drogue à **Paris, Lyon et Marseille** - Article 43

8- Déclinaison du plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement au niveau régional sous forme de "plans régionaux santé environnement" - Article 54

9- Définition des accidents de la vie courante : " *ensemble des traumatismes non intentionnels, à l'exception des accidents de circulation et des accidents du travail.*"- Article 63 / Nouvel article L.1171-2 du CSP.

10- Chapitre relatif à la prévention des risques liés au bruit (Les activités impliquant la diffusion de sons à un niveau sonore élevé, dans tout lieu public ou recevant du public, clos ou ouvert, sont exercées de façon à protéger l'audition du public et la santé des riverains / messages à caractère sanitaire sur les risques liés à l'utilisation des téléphones portables et sur la manière de prévenir ces risques à délivrer dans le cadre de la commercialisation de téléphones portables) - Articles 56 et 61.