

## Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

### Dispositions relatives aux soins psychiatriques

#### Article 69

\* Cet article vise notamment à renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie (Art. [L. 3221-1](#), 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.

Par ailleurs, 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 », doit être 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 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées (en l'absence d'initiative des professionnels, le DG de l'ARS prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale).

Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Ces deux documents 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. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

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.

\* L'article 69 prévoit également que, en ce qui concerne les autorisations de sortie de courte durée dans le cadre des SDRE, il est dorénavant précisé que l'opposition du préfet doit non seulement être écrite mais aussi motivée (Art. [L. 3211-11-1](#), CSP).

\* Des modifications d'ordre rédactionnel sont effectuées aux articles [L. 3212-5](#), [L. 3212-7](#), [L. 3212-8](#), [L. 3215-1](#) et [L. 3215-2](#), CSP relatives à l'obligation d'information de certaines autorités en matière de soins psychiatriques sans consentement.

#### Article 70

Cet article permet d'homogénéiser le traitement des situations des personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement. Les anciennes dispositions omettaient de faire courir le délai de six mois en cas de décision consécutive à un règlement de désaccord entre les psychiatres et le préfet pour les patients soumis à un régime renforcé de levée des soins. Désormais, est prévu le report du délai de 6 mois en cas de décision consécutive à un règlement de désaccord entre les psychiatres et le préfet pour les patients soumis à un régime renforcé de levée des soins.

**Article 71**

Sont clarifiées les dispositions relatives au lieu de l'audience du JLD en cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins sans consentement (*Art. [L. 3211-12-2](#), CSP*). Le texte prévoit clairement que le JLD compétent est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine.

**Article 72**

Le principe du caractère de dernier recours pour l'isolement et la contention en psychiatrie est affirmé.

Chaque hôpital psychiatrique habilité aux soins sous contrainte doit tenir un registre traçant les mesures d'isolement et de contention. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre doit mentionner le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.

Il doit être présenté, sur leur demande, à la CDSP, au CGLPL ou à ses délégués et aux parlementaires. Il peut être établi sous forme numérique.

Les termes de « *placement en chambre d'isolement* » sont remplacés par ceux d' « *admission en chambre d'isolement* », afin d'affirmer que les actes d'isolement et de contention effectués dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique sont bien des actes thérapeutiques.

L'établissement psychiatrique habilité à recevoir des patients en soins psychiatriques sous contrainte doit établir une fois par an 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 ainsi que l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport doit être transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

**Article 73**

Dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement doit présenter au Parlement un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'IPPP pour sa mise en conformité avec les dispositions législatives et réglementaires relatives aux soins psychiatriques sans consentement.