

Motion de la Commission médicale d'établissement  
relative à la nouvelle réglementation sur l'isolement et la contention  
issue de la loi du 14 décembre 2020

Séance du 18 janvier 2021

La CME fait les constats suivants :

1. Les mesures d'isolement et de contention doivent être décidées dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation sans consentement. La précédente réglementation permettait un délai de quelques heures (circulaire Veil de 1993), de 12 heures pour la HAS, ou dans un délai strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte selon la Cour de cassation pour transformer une mesure de soins libres en soins sans consentement. Ces délais étaient déjà difficiles à respecter, mais la nouvelle réglementation les rend impossible à tenir. Une mesure d'isolement ou de contention est très souvent prise dans l'urgence. Comme la priorité est toujours donnée à prodiguer des soins librement, une mesure d'isolement ou de contention peut être décidée dans l'urgence qu'impose une clinique de crise et la transformation de la mesure d'hospitalisation de soins libres en soins sans consentement exige un temps administratif pour être effective.

Face au principe de réalité, le centre hospitalier adapte sa procédure de mise en isolement et en contention en prévoyant que ses décisions peuvent être prises à partir de soins libres en s'appuyant sur la notion d'assistance à personne en danger (alinéa 2 de l'article 223-6 du Code pénal : « *Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* ») et qui permet aux infirmiers de mettre en œuvre une mesure conservatoire en application de l'article R. 4311-14 du Code de la santé publique dans l'attente de l'intervention du psychiatre. Dès la mise en œuvre de la décision, la procédure de transformation de soins libres en soins sans consentement sera initiée pour être effective dans les plus brefs délais dans la mesure du possible.

2. Le respect des durées de renouvellement des mesures d'isolement toutes les 12 heures, et de contention toutes les 6 heures, non seulement n'est pas réalisable, notamment pendant la période de garde, mais inadaptée par rapport à de nombreuses situations cliniques, nécessitant par exemple de réveiller un patient pour s'assurer que la mesure est toujours adaptée, nécessaire et proportionnée. En outre, elle sera souvent effectuée par un psychiatre qui ne connaît pas le patient et le contexte, ce qui rend la tâche du psychiatre délicate et inconfortable pour le patient qui lui-même rencontre un psychiatre qu'il ne connaît pas. Un sénateur, conscient de la réalité des hôpitaux, avait proposé d'allonger les durées de renouvellement, pour prendre en considération la période de garde, mais son amendement réaliste n'a pas été retenu.
3. La traçabilité des mesures est rendue difficile non seulement du fait de leurs modalités propres, mais aussi parce que les logiciels ne sont pas encore adaptés. En effet, sur la période de 48 heures, il peut y avoir plusieurs séquences d'isolement ou de contention. Le logiciel que nous utilisons nécessite que chaque mesure soit ouverte puis fermée ce qui permet d'alimenter le registre à la fois sur la durée des mesures et sur leur nombre. La conception actuelle du logiciel, et qui ne pourra évoluer qu'après plusieurs semaines, ne permettra pas de comptabiliser une seule mesure sur une période de 48 heures quand elle aura eu plusieurs séquences, mais permettra d'avoir la durée totale des mesures sur cette période (ou sur 15 jours). Un tableur Excel élaboré en urgence est utilisé parallèlement au logiciel support du dossier du patient informatisé afin que les équipes aient en permanence le cumul des durées des mesures afin que le psychiatre puisse saisir le juge des libertés et de la détention si la durée totale des mesures dépasse 48 h. Cette double procédure de gestion des mesures entraîne, on le conçoit aisément, une lourdeur administrative importante, prise évidemment sur le temps consacré aux soins.
4. Outre la lourdeur des formalités administratives qui accompagnent la saisine du juge, les équipes seront attentives à ne pas porter préjudice à l'intimité de la personne qui a droit au respect de sa vie privée et des obligations inhérentes au secret professionnel (médical). En effet, parmi la liste de personnes à prévenir, certaines peuvent être en conflit avec le patient qui peut ne pas souhaiter que ces personnes soient prévenues. Cette question est déjà présente quand un patient est hospitalisé sous le régime du péril imminent et que l'hôpital doit prévenir un proche. Il conviendra d'informer le patient de l'obligation de l'hôpital de prévenir les personnes prévues à l'article L. 3211-12 et de recueillir son avis. Cette situation peut d'ailleurs déstabiliser une personne en situation de crise et altérer ses relations avec l'équipe soignante. Il est étonnant, alors que l'évolution du droit va dans le sens adapté d'informer au mieux un patient, que ce droit à l'intimité ne soit pas une obligation, ni aussi que la personne de confiance ne soit pas listée dans les personnes à informer (à moins que ce soit implicite). Le patient sera donc consulté, en fonction de son état psychique, des personnes à informer et en cas d'opposition de sa part, elle sera notée dans son dossier et sa demande respectée.

5. Les modalités éventuelles de l'audience du patient à sa demande prévues à l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique prêteraient à sourire si elles ne concernaient pas une situation aussi sérieuse, mais reflètent la discordance entre un « idéal juridique » et la réalité clinique et pratique. La loi prévoit que l'audition du patient (qu'il a demandée) peut être réalisée par tout moyen de communication audiovisuelle ou en cas d'impossibilité par communication téléphonique si le patient y a expressément consenti (alors qu'il est sous une mesure de soins sans consentement), tout en s'assurant de son identité, que la transmission soit de qualité et que la confidentialité des échanges soit assurée. Mais l'audition du patient par ce procédé ne peut être possible que si un avis médical atteste que son état mental n'y fait pas obstacle. La teneur de cet article montre que ses rédacteurs ont approché la réalité de la situation clinique et technique, mais tout en ayant vaguement conscience des limites qu'elle comporte, s'efforcent d'imposer une situation impossible, voire ubuesque.
6. Aucun plan d'accompagnement des hôpitaux, aussi bien techniquement qu'administrativement n'a été prévu par les autorités pour la bonne application de la loi, avec même une période de flou juridique puisqu'un décret en Conseil d'État doit compléter la loi promulguée à la mi-décembre et qu'il n'est annoncé que pour la mi-février, sans oublier que la nouvelle réglementation a été incorporée à la loi de financement de la sécurité sociale et que cet ajout à la loi a été considéré par de nombreux commentateurs juristes comme un cavalier législatif, ce qui montre le peu de considération apporté à des situations cliniques psychiatriques complexes et douloureuses présentées par des personnes souffrantes.

Outre l'absence d'un plan d'accompagnement conséquent et anticipé, le centre hospitalier a été sollicité par l'ARS de Normandie pour connaître les dispositions qu'il envisageait de mettre en place avec une réponse à donner avant le 31 décembre 2020. Le centre hospitalier n'a pas attendu la demande de l'ARS pour répondre au mieux aux obligations légales et a pu compter sur la solidarité d'autres hôpitaux normands en partageant les documents préparatoires (CH le Havre et CH du Rouvray). L'absence de soutien immédiat dès l'application de loi placera les hôpitaux outre les aspects cliniques, face à des questions de responsabilité juridique.

Face à ces constats préliminaires relatifs à la nouvelle réglementation, la CME s'attend à voir apparaître au fur et à mesure de son application de nombreuses difficultés, cliniques, administratives, et juridiques préjudiciables aux patients comme aux équipes, avec probablement des situations tendues ouvrant à des risques de part et d'autre et la survenue de probables litiges. La CME s'associe aux nombreuses voix qui demandent depuis des années une loi-cadre pour la psychiatrie, à élaborer très largement, associant professionnels et usagers, afin d'avoir une vision cohérente et non des ajustements incessants défavorables à la stabilité que nécessitent les soins psychiatriques.

La CME prend acte des dispositions légales qui s'imposent et auxquelles il n'est pas possible de déroger **volontairement**. Toutefois, la CME informe que les psychiatres et les équipes soignantes ne pourront répondre qu'à ce qui est réalisable, et qu'en l'état, les réalités cliniques et les moyens disponibles ne permettent pas de répondre à l'intégralité des obligations légales.

**La CME demande un soutien des autorités de santé afin que la puissance publique mette à disposition de l'hôpital tous les moyens nécessaires et adaptés pour une application pleine et entière de la loi.**

Pour la communauté médicale :

Docteur Michel DAVID,  
Président de la CME sortant.

Docteur Emilie PIERRON,  
Présidente de la CME.

Docteur Saïd KASMI  
vice-Président de la CME sortant.

Docteur Myriam BIBET-SAVIGNY,  
vice-Présidente de la CME.

Destinataires :

- Monsieur Thomas DEROCHE, Directeur Général de l'ARS Normandie,
- Madame le Docteur Cécile BONNEFOY, Cheffe de Projet Santé Mentale, ARS Normandie,
- Madame Katia JULIENNE, Directrice de la DGOS,
- Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS,
- Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins,
- Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Manche,
- Présidente du TGI de Cherbourg-en-Cotentin,
- Présidente du TGI de Coutances.