HOUDART ET ASSOCIES
SOCIETE D'AVOCATS

L'hebdo de l'actualité dans le domaine de la santé

Au programme cette semaine, une circulaire relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique, deux arrêtés relatifs à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (ci-après EPRD) des établissements publics de santé et des établissements de santé privé mentionnés aux B et C de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale et une instruction relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorités en psychiatrie et désignés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Par Manon Mazzucotelli

FONCTION PUBLIQUE

Objectif santé et sécurité

Dans un souci de valorisation de la santé et de la sécurité au travail, il est demandé aux employeurs publics de participer à la mise en œuvre du plan d'action sur la santé et sécurité dans la fonction publique et d'en faire connaitre la teneur à leurs personnels.

Ce plan d'action, présenté en annexe de la circulaire du 28 mars 2017, s'articule autour de cinq axes principaux que sont:

- Piloter la santé au travail,
- Renforcer la médecine de prévention,
- Améliorer la prévention des risques professionnels et la prise en compte de la pénibilité,
- Renforcer la prévention de l'inaptitude et le maintien dans l'emploi,
- Revisiter la procédure des instances médicales et de la médecine agréée.

Le présent texte et le plan d'action annexé s'inscrivent dans la stratégie interministérielle des ressources humaines de l'Etat présentée au Conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat le 30 janvier 2017. La ministre de la fonction publique demande un engagement dans leur mise en œuvre dans les deux années à venir.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41974.pdf

TARIFICATION

Suivi et analyse de l'exécution de l'EPRD : le nouveau modèle est fixé

L'arrêté du 29 mars 2017 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'EPRD concerne :

- Les établissements publics de santé,
- Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Les établissements de santé

privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ce modèle est prévu par l'article R.6145-6 du Code de la santé publique qui dispose que « l'ordonnateur tient une comptabilité des engagements, au moins pour chacun des chapitre prévus au 2° de l'article R.6145-3. Pour l'application du dernier alinéa de l'article L.6145-1[1], le directeur établit deux fois par exercice un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions, selon un modèle fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Cet état comparatif est accompagné, en tant que de besoin, de propositions de modifications du budget. Les dates d'arrêt et de transmission de cet état comparatif au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Ce modèle de présentation du suivi et de l'analyse de l'exécution de l'EPRD s'applique à compter de l'exercice 2017 ; l'arrêté du 15 janvier 2016 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'EPRD des établissements publics de santé et des établissements privés mentionnés ci-dessus est donc abrogé.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034365732&dateTexte=&categorieLien=id

Décision modificative de l'EPRD : le nouveau modèle

L'arrêté du 29 mars 2017 modifie le cadre de présentation des décisions modificatives de l'EPRD prévu à l'article R.6145-10 du Code de la santé publique à compter de l'exercice 2017. Cela concerne :

- Les établissements publics de santé,
- Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de la publication de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,
- Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Pour rappel, l'article R.6145-10 du Code de la santé publique dispose notamment que « l'EPRD de l'établissement public de santé est l'acte par lequel sont prévues et autorisées ses recettes et ses dépenses annuelles. Il détermine les recettes prévisionnelles dans les conditions fixées au premier alinéa de l'article L.6145-1[2] et à l'article L.6145-7[3]. Le modèle des documents de présentation du budget et de ses modifications est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale ».

L'arrêté du 6 août 2015 fixant le modèle de décision modificative de l'EPRD des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale est donc abrogé.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034365746&dateTexte=&categorieLien=id

PSYCHIATRIE

L'isolement et la contention encadrés

L'instruction n°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 précise la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le Directeur Général de l'Agence Régional de Santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Ce texte intervient après l'introduction de l'article L.3222-5-1 dans le Code de la santé publique par l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et plus d'un an après les « Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse) ». L'article L.3222-5-1 précité 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[4]».

Dans un premier temps, le texte rappelle le cadre légal et l'objectif de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, et dans un second temps, le champ d'application et le contenu du registre.

Cette instruction ne concerne que les établissements autorisés en psychiatrie désigné par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer les soins sans consentement. Le registre recense alors les mesures relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement. A charge ensuite pour les Agences Régionales de Santé de veiller à la mise en place effective du registre, registre distinct de celui prévu par l'article L.3212-11 du Code de la santé publique[5] qui recense les admissions en soins sans consentement et les pièces de procédure afférentes.

L'instruction précise :

- les modalités de mise en œuvre du registre dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement,
- l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national, pour le suivi des pratiques.

Le registre est un document administratif établi sous la responsabilité du directeur d'établissement. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne :

- l'identifiant anonymisé du patient,
- le service dont il dépend,
- le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure,
- sa date et son heure de début et de fin,
- sa durée en heure décimale,
- le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

Par ailleurs, il incombe aux établissements de santé d'établir un rapport annuel rendant compte :

- des pratiques d'isolement et de

contention au regard des recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS[6],
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques,
- de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Ce document doit être transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance au plus tard le 30 juin de chaque année suivant, ainsi qu'à l'Agence Régionale de Santé et à la commission départementale des soins psychiatriques. Les Agences Régionales de Santé doivent mettre en place une politique régionale de suivi, d'analyse et de prévention du recours à la contention et à l'isolement à partir des rapports annuels transmis. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf

[1] « Le suivi et l'analyse de l'exécution de l'EPRD sont transmis au Directeur de l'Agence Régionale de Santé selon des modalités fixées par voie règlementaire ».

[2]« L'état des prévisions de recettes et de dépenses est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au I° du I de l'article L. 162-22-10 et au 2° de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, de ceux des consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, de ceux des médicaments et produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code, des forfaits annuels prévus aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 du même code, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel mentionné à l'article L. 6143-7 ».

[3] « Sans porter préjudice à l'exercice de leurs missions, les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences dans le cadre de services industriels et commerciaux. Les centres hospitaliers universitaires peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat. Le déficit éventuel des activités mentionnées aux deux premiers alinéas n'est pas opposable aux collectivités publiques et aux organismes qui assurent le financement des établissements. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret ».

[4] « Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ».

[5] Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;

2° La date de l'hospitalisation ;

3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;

4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;

5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;

6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ;

7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ;

8° Les levées d'hospitalisation ;

9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

[6] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale