

## **SOUS-AMENDEMENT**

à l'amendement n° 280 de M.  
MILON

*présenté par*

M. LORRAIN

<b>C</b>	Défavorable
<b>G</b>	Favorable
<b>Adopté</b>	

---

### **ARTICLE 1ER**

Amendement n° 280, alinéa 3

I. - Remplacer les mots :

sans son consentement

par les mots:

auxquels elle n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux

II. – Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce programme ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient et pour tenir compte de l'évolution de son état de santé.

III. - Compléter cet amendement par trois alinéas ainsi rédigés :

« La définition du programme de soins et ses modifications sont précédées par un entretien au cours

duquel le psychiatre délivre au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et recueille son avis ; cette information porte notamment sur les modifications du lieu de la prise en charge qui peuvent s'avérer nécessaires en cas d'inobservance du programme de soins ou de dégradation de l'état de santé. A l'occasion de l'établissement de ce programme, le patient est informé de son droit de refuser les soins et des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-11.

« Dans le respect du secret médical, le programme de soins précise les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Lorsque ces soins psychiatriques comportent un traitement médicamenteux, le programme de soins peut en faire état. Le détail du traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée, est prescrit sur une ordonnance distincte du programme de soins.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le programme de soins et ses modifications sont notifiés au patient et transmis au représentant de l'État dans le département. »

### **Objet**

Ce sous-amendement vise à préciser les modalités d'élaboration du programme de soins, son contenu et les conséquences en cas d'inobservation ou de dégradation de l'état de santé.

Le projet de loi prévoit que les personnes atteintes de troubles mentaux, nécessitant des soins psychiatriques, auxquels elles ne sont pas à même de consentir,

pourront être soignées soit en hospitalisation complète, soit sous d'autres formes, c'est-à-dire dans d'autres lieux que les unités d'hospitalisation temps plein. Dans ce cas, le psychiatre élabore avec le patient un programme de soins.

Les soins psychiatriques reposent sur un arsenal de moyens thérapeutiques, qui font appel aux techniques relationnelles individuelles et collectives, aux médicaments, aux techniques de rééducation psychologique et physique, aux activités thérapeutiques... Les médicaments peuvent être dispensés par voie orale ou par injection sous une forme retard ou non. Le mode de dispensation doit être discuté entre le patient et son psychiatre, le traitement devant être le mieux accepté possible par le patient. L'injection retard, qui limite certaines difficultés d'observance, relève d'indications médicales précises : elle peut ne pas être adaptée à certains patients.

De plus, les soins psychiatriques comprennent diverses stratégies de compensation des inconvénients et handicaps causés par maladie : technique de groupe pour rompre l'isolement social, techniques de formation spécialisée pour la réinsertion, accompagnement social spécialisé...

Pour chaque patient, le médecin et l'équipe pluri professionnelle élaborent une stratégie, très individualisée et fréquemment réévaluée, destinée à amener le patient à être de plus en plus autonome dans la gestion de sa maladie. Le projet de soin consiste donc à amener le patient à gérer ses troubles lui-même, le

plus souvent et longtemps possible, et lui permettre de se réinsérer dans la vie ordinaire.

L'équipe cherche aussi à traiter les troubles dont la personne souffre et qui l'empêchent d'évoluer, c'est-à-dire à faire cesser ou atténuer les symptômes les plus graves (hallucinations auditives et visuelles, angoisse avec manifestations physiques, déformation de la réalité, sentiment de persécution, d'abandon, d'insécurité...), en équilibrant les inconvénients du traitement et ceux de la pathologie. Les soins psychiatriques visent ainsi à assurer la sécurité de la personne malade à travers la prévention des passages à l'acte auto-agressifs (les plus fréquents) ou hétéro-agressifs (plus exceptionnels).

Ces soins psychiatriques, comme les soins pour d'autres pathologies, doivent pouvoir être dispensés dans un hôpital mais aussi dans tous les lieux que fréquente habituellement la personne malade. Les personnes dont la capacité à consentir est momentanément ou durablement altérée doivent pouvoir bénéficier de ces soins à l'extérieur.

En effet, le consentement est par nature variable, à la fois en intensité et dans le temps. Les troubles du consentement liés à la maladie mentale sont aussi très variables, en intensité et dans le temps.

Il convient en effet de distinguer l'incapacité à consentir aux soins, c'est-à-dire à reconnaître que les symptômes dont on souffre ont pour origine une maladie et ensuite, une fois les symptômes les plus forts atténués par les premiers soins, l'incapacité à se tenir durablement à ces soins. En effet, souvent les malades, parce qu'ils vont

mieux, n'admettent pas qu'ils sont toujours malades et qu'ils ne doivent surtout pas abandonner leur traitement.

En mettant en place des soins dans d'autres lieux qu'en hospitalisation complète, avec des soins réguliers, on instaure une sorte de rappel à la nécessité du traitement. La contrainte peut être progressivement desserrée au fur et à mesure de l'évolution de l'état de santé ; l'équipe fait de plus en plus « confiance » à la personne malade, en la laissant tester par elle-même ce qui se passe en cas de rechute, afin qu'elle « apprenne » progressivement à se prendre en charge.

Donner aux psychiatres la possibilité de prescrire des soins ambulatoires à des personnes qui souffrent de troubles du consentement, c'est leur donner formellement l'outil leur permettant de laisser une chance au patient de tester lui-même la collaboration qu'il dit accepter au moment où il sort de l'hôpital, et à laquelle il s'engage, en ayant prévu ce qui allait se passer en cas de rechute, en ayant expliqué cela au patient.

La prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète est détaillée dans un programme de soins, qui n'est pas un contrat, puisque les deux parties, le psychiatre et le malade, ne sont pas en position égale, mais un engagement réciproque (patient et médecin) sur ce programme.

A l'occasion de l'élaboration du programme, un échange approfondi aura lieu entre le psychiatre et la patient, au cours duquel la meilleure alliance thérapeutique sera recherchée. En effet, le malade peut ne pas (encore) parvenir à se tenir durablement à des soins

psychiatriques, il conserve pour autant des capacités de choix, des préférences et la capacité de comprendre ce qu'on prévoit pour lui. L'entretien donnera ainsi l'occasion d'échanger sur les difficultés éventuelles du patient à s'inscrire dans ce programme de soins et sur sa possible réhospitalisation en cas de non-observance du programme, puisque celle-ci conduira à une dégradation de son état de santé.

Ce programme, établi par le psychiatre qui suit le patient, est donc un acte médical. L'autorité administrative ne l'autorise pas et ne peut le modifier. Ce programme de soins ne peut contenir ni de données médicales, telles des prescriptions médicamenteuses, ni des informations qui relèvent d'une enquête de police, telles la présence ou l'identité de proches accueillant le malade.

Le contenu du programme de soins doit rester limité à l'essentiel et rester souple, afin de ne pas empêcher les réajustements fréquents que peut nécessiter une prise en charge psychiatrique. Il contiendra donc les types de soins (CMP, hôpital de jour, CATTP...), le lieu de leur réalisation et leur périodicité.

Pour les patients en soins auxquels ils ne sont pas à même de consentir sur décision du préfet, le programme de soins constitue un document d'information aidant le représentant de l'Etat à prendre sa décision pour autoriser ou ne pas autoriser une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète. Lors de l'établissement du programme de soins, le préfet ne peut qu'accepter la modalité de prise en charge proposée ou maintenir le patient en hospitalisation complète. En cas de

modification du programme de soins, le préfet peut accepter ce nouveau programme en le joignant à sa décision ou maintenir l'ancien programme de soins.

Par ailleurs, à tout moment, en cas d'atteinte à la sûreté des personnes ou de trouble grave à l'ordre public dus aux troubles mentaux, le préfet peut ordonner la réhospitalisation du patient, qu'un médecin le lui ait proposé ou non (comme actuellement dans le régime de la sortie d'essai).