

Plan du recueil des contributions

Mardi 19/12/17

13h15 - 14h45

Atelier A - Mesures d'urgence, situations anticipées

Nicolas Ordener, pair-aidant travailleur social, Capdroits Marseille, « *Etre une personne de droit, même en psychiatrie : D'objet à sujet dans la contrainte par ses directives anticipées* » / p.2

Nahima Chikoc Barreda, UQAM – CIDERNA, « *Quelle place à la liberté personnelle de la personne sous tutelle?* » / p.4

Ivan Garrec, année préparatoire au doctorat, EHESS, « *Urgences psychiatriques : Une routine de la contrainte pour annuler les « risques » ?* » / p.7

George Szmukler, psychiatre, King's College London, « *Anna: the relation between an 'advance statement' and 'will and preferences'* » / p.12

Contribution sans intervention :

Philippe Leyreloup, intervenant social dans les commissariats de police nationale de la ville de Lyon, « *Paul, une hospitalisation mouvementée* » / p.16

Etre une personne de droit, même en psychiatrie : D'objet à sujet dans la contrainte par ses directives anticipées

Nom du ou des contributeurs : Nicolas Ordener

Contexte de récupération de la situation :

Cette contribution s'est construite autour d'expériences personnelles et professionnelles, dans la mesure où les directives anticipées ont pu être utilisées ou auraient pu être appliquées.

Petit résumé de la situation :

Les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) se définissent comme un assemblage de droits, dans un aspect pragmatique et facile d'usage, qu'une personne peut faire valoir en des situations où le consentement ou sa capacité à décider sont questionnés. Ce consentement est alors réfléchi, rédigé en amont, dans un temps où la personne se sent en mesure de le faire, seule ou accompagnée. Cet outil traduit des choix, et se fonde sur le droit existant – lois liées à la santé publique notamment – mais aussi sur une analyse propre de la perception de soi lors de la situation dite de « crise ». Le but est de permettre à une personne considérée comme patient d'exprimer à l'avance ses volontés concernant sa prise en charge future, si elle devait traverser un épisode de crise et se trouvait dans l'incapacité d'exprimer volontés et consentement au quotidien. Mon intervention se centrera sur une présentation des DAP, dans une perspective de remise en question des pratiques hospitalières en matière de droit.

Mots clés : directives anticipées ; plaidoyer ; droits ; personnes concernées ; pouvoir d'agir

Présentation de la situation :

Des constats envers les personnes vivant à la rue sont souvent synonymes de caricatures sociales, d'autant plus lorsque celles-ci sont considérées comme « folles ». Le climat présent, suite aux événements récents et leur couverture médiatique, expression d'une doxa intolérante et prompte aux amalgames, révèle la conjointure entre exposition de soi et exposition médiatique, laissant des « êtres de droit » en marge des droits les plus fondamentaux (droit à la dignité, à l'image, etc.). En ce sens, une « personne en droit » peut souvent s'effacer face à certaines situations difficiles, notamment en lien avec un accès au soin.

Travaillant auprès d'une population de rue, « les barjots, les schizos et les autres¹ », et étant concerné directement par la psychiatrie, je témoigne de situations vécues et

1

Une du journal « La Provence » du 5.09.2017.

constatées qui questionnent sur l'accueil et la prise en charge de la crise, notamment lors d'hospitalisation, sous contrainte ou non. Depuis les thèses de médecine les plus obscures des années 1960, pratiques et pensées ont peu évolué. Les perspectives offertes par l'intrahospitalier en vue d'un changement de pratiques, pointent pourtant une évolution dans l'approche de la personne, mais paraissent clairement insuffisantes. Face à des carences du service public de plus en plus violentes, la relation de soin semble prise en étau dans cette atmosphère conflictuelle.

L'action menée autour des DAP, déjà reconnues et éprouvées dans d'autres pays, nous a semblé motrice pour créer un outil juridique valable et validé, adapté au régime législatif et médical de santé français. Plusieurs groupes et associations du courant de défense des droits et d'émancipation des usagers en psychiatrie (Projet Icarus, le REV France notamment) ont promu les directives anticipées dans leurs actions et articles parus. La construction de ce livret s'est appuyée sur des textes de loi, en lien avec la législation concernant la santé publique, et avec la participation d'une juriste dans sa réalisation. La question du droit est, à mon sens, central dans l'approche des DAP, posant ainsi un autre regard sur la relation d'aide et du soin.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

- La place des DAP dans la relation d'aide en psychiatrie.
- Le droit des personnes concernées par la psychiatrie sur le pouvoir médical.
- Plaidoyer par les DAP et le pouvoir d'agir des personnes concernées en santé.

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

- Mise en place des DAP dans les parcours de soin.
- Pratiques orientées autour du rétablissement pour un accompagnement au soin plus humain.

Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :

- Code la santé publique.
- Code de l'action sociale et des familles.
- Convention relative aux droits des personnes handicapées.

27. Quelle place à la liberté personnelle de la personne sous tutelle?

Nom du ou des contributeurs : **Nahima Chikoc Barreda**

Contexte de récupération de la situation : Cas remis par l'Union Départementale des Associations familiales UDAF 31 et UDAF 82 dans le cadre du projet CIDERNA (Centre interrégional pour la garantie des droits des personnes ayant besoin de soutien. Programme transfrontalier axé sur la mise en application effective de la Convention relative aux droits des personnes handicapées)

Petit résumé de la situation :

Personne sous tutelle habitant dans un appartement sans entourage familial. Elle souffre d'addictions et produit des nuisances donnant lieu aux multiples plaintes. Elle est régulièrement hospitalisée en hôpital psychiatrique. Par ailleurs, le rapport avec son représentant se résume à la mise à disposition de l'argent. Le juge a remarqué la nécessité de la mesure qui permettra le maintien dans le logement et l'administration des ressources financières.

Mots clés : personne protégée, tutelle, dignité, liberté personnelle, accès à l'accompagnement

Présentation de la situation :

Madame X née en 1980 est placée sous mesure de protection de curatelle depuis 2008. En 2016, le tribunal a changé ce régime de protection par la tutelle. Elle habite dans un contexte social et familial défavorable. Elle souffre des addictions, dû à une consommation habituelle des drogues et des stupéfiants. Les voisins ont porté plainte à plusieurs reprises à cause de nuisances créant des perturbations auprès d'eux. Cette situation problématique l'a conduit à la garde en établissement psychiatrique.

Il est bien de souligner dans le cadre de la tutelle que les relations avec le tuteur sont restreintes. Le tuteur est plutôt chargé à la mise à disposition de l'argent. Le juge dans le processus d'ouverture de tutelle a déterminé le besoin de la mesure afin de pourvoir à la protection de la personne, au maintien du logement et à l'administration de ses biens.

Tout d'abord, les régimes telles la curatelle et la tutelle visent à la protection de la personne, afin d'assurer son bien-être moral et matériel. Or, dans la situation qui nous occupe, madame X semble ne pas avoir des préoccupations pour son avenir. Il s'avère difficile rechercher davantage son consentement, dans la mesure où l'analyse de sa propre situation semble inexistante. On constate que le fait d'être sous tutelle n'a pas conduit à une amélioration de l'état psychosocial de la madame. L'existence de plusieurs dégâts, des lourdes nuisances sonores, ainsi que le fait de vivre dans un entourage

toxique ont contribué à une dégradation progressive du logement. Par ailleurs, la non-adhésion aux traitements et les échecs des tentatives d'accompagnement constituent des facteurs de risque menaçant le rétablissement de madame X.

Étant donné le contexte personnel de la madame, l'impossibilité à exprimer un consentement en prenant en compte davantage les conséquences des actes, l'application du régime de tutelle semble pertinent. La mesure de protection a permis d'administrer diligemment les ressources de la madame, afin de les rendre à sa disposition de façon régulière pour satisfaire ses dépenses quotidiennes.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Est-ce que la représentation suppose le pouvoir d'envisager l'avenir de la personne? Faut-il continuer à rechercher son consentement si la personne n'analyse pas sa propre situation? Que faire quand les choix ou les non-choix conduisent les personnes à se mettre dans des situations indignes?

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

Le but de la fonction du tuteur est celui de protéger la personne, en lui procurant des conditions de vie adéquates, selon son état de santé et ses revenus. Or, la fonction des représentants qui décident à la place de la personne est souvent limitée à la question du contrôle de l'argent et du patrimoine. À ce point, nous nous questionnons sur l'utilité des mesures de protection substitutives de l'autonomie décisionnelle de la personne protégée. Ce modèle de protection suffit-il pour assurer le bien-être et la dignité de la personne protégée? Qu'est-ce qu'il faut entendre par dignité? Comprend-t-elle la liberté de faire de mauvais choix?

Le principe de dignité constitue le soutien de tout l'ensemble des droits fondamentaux. À cet égard, une nouvelle approche de la dignité a été mise en avant par le Rapport final de l'Ontario. Cet instrument juridique vise à reformer le droit existant en matière de capacité juridique, de prise de décision et de tutelle dans la législation ontarienne. Il s'agit de mettre en place des mesures d'accompagnement dans l'exercice de droits civils, ce qui constitue l'une des priorités de la Convention relative aux droits personnes handicapées.

Par ailleurs, il convient de mettre l'accent sur la notion de «dignité du risque ». Celle-ci « met en relief le rapport étroit souvent établi entre l'autonomie – le droit de choisir pour soi-même, à sa façon, même si les autres ne sont pas d'accord, même s'il peut en résulter des conséquences négatives graves – et la notion d'être une personne et d'être respecté en tant que tel » (voir le Rapport final de l'Ontario à la p 42). Cela implique nécessairement le respect de la liberté personnelle, inhérente à tous les êtres humains sans distinction aucune, y compris la possibilité de faire ses propres choix. Cet argument nous sert de fondement pour rejeter la vision paternaliste qui domine les régimes traditionnels de représentation, lesquels ne laissent pas de place à la volonté et aux préférences de la personne.

Une recherche davantage du consentement lors de l'accomplissement des actes juridiques, notamment dans ceux qui ont un caractère éminemment personnel, dont le choix du lieu de résidence est toujours nécessaire. L'accès à l'accompagnement dans plusieurs aspects de la vie quotidienne est donc fondamental. Ainsi, le fait de l'aider à retrouver progressivement son autonomie résiduelle dans la prise de décision devient inéluctable, si l'on envisage de donner une effectivité réelle à la pleine jouissance de leurs droits civils.

Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :

Code civil des français; Code civil du Québec, Charte des droits et libertés du Québec; Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Québec); Convention relative aux droits des personnes handicapées; Rapport final de l'Ontario, capacité juridique, prise de décision et tutelle .

Urgences psychiatriques : Une routine de la contrainte pour annuler les « risques » ?

Nom du ou des contributeurs : Ivan Garrec

Contexte de récupération de la situation :

Cette situation est issue d'une recherche, prenant la forme d'observations ethnographiques, s'étalant d'octobre 2016 à février 2017, au sein d'un service d'urgence psychiatrique parisien, dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de master 2

Petit résumé de la situation :

La situation que j'expose ici est celle de la restriction de liberté que j'ai nommée *routinière*, dans un service d'urgence psychiatrique parisien. Cette situation suscite des questions quant à ce régime de contrainte et ses conditions de possibilité. Je m'appuie sur trois extraits d'entretiens pour rendre compte des deux principaux types de restriction de liberté : la « contention » et l'hospitalisation sans consentement, dite « sous contrainte ».

Mots clés : Urgences psychiatriques, contention, contrainte, risques.

Présentation de la situation :

J'ai observé dans ce service, que j'ai renommé Service d'Orientation et d'Accueil (SOA), une *restriction de liberté routinière*. Deux aspects peuvent être dégagés. Le premier est la « contention » et consiste à attacher un patient à un lit ainsi qu'à lui administrer un traitement dans le but de « l'apaiser ». Le deuxième est l'hospitalisation sans consentement, couramment nommé dans le service « hospitalisation sous contrainte » ou seulement « contrainte », consistant à mettre en place une mesure de soins à la demande d'un tiers ou de soins à la demande d'un représentant de l'état (dans toutes leurs variantes).

La contention

L'exemplification de cette « routine de la contrainte » à l'intérieur du SOA, qui prend la forme d'une contention, est celle d'un patient, que l'on nommera Gérard, venu voir un psychiatre et qui, après quelques minutes d'attente, demande à quitter le service avant d'avoir réalisé un entretien médical. L'équipe du service refuse sa sortie, ce patient commence alors « à menacer l'équipe, [à] menacer de façon violente ». Pour Marc, interne du SOA, qui s'est occupé de cette situation, « on ne sait pas à ce moment-là s'il est persécuté ». Les professionnels du service proposent alors à Gérard de les suivre dans une chambre, puis lui propose un traitement pour « l'apaiser ». Après acceptation du traitement, Gérard a voulu partir en indiquant qu'il allait contacter son avocat, tout en essayant de se lever, toujours avec une attitude décrite comme « menaçante ». Pour

Marc, ils ont donc « été obligés de le contenir ». Après quelques heures, et la finalisation de ce que les professionnels nomment « l'évaluation », Gérard a quitté le service, sans aucune orientation (i.e. hospitalisation, adressage à un CMP, psychiatre libéral ou psychologue).

Selon les professionnels du service, cette restriction de liberté est justifiée par « le contexte de l'urgence ». Omar, un ancien interne du SOA, désormais psychiatre, m'a indiqué que : « dès qu'il y a une entrée [au sein du service], il y a une urgence. La loi prévoit que dans les cas d'urgence tu peux contraindre le patient, le tout c'est de faire une évaluation. Un patient, par exemple, qui en a marre d'attendre et qui part, de manière violente, on va le contraindre à rester. ». Marc va lui aussi dans ce sens en précisant qu'« une fois [que les patients] sont là, c'est ça qui est important, c'est que l'évaluation elle doit se faire jusqu'au bout, et sinon on ne peut pas savoir, et c'est normal, c'est le principe de précaution ».

L'hospitalisation dite « contrainte »

Dans le cas de figure des soins sans consentement décidé dans ce service, Antonin, psychiatre au SOA, m'a indiqué « qu'il faut toujours, quand on travaille dans le cadre de l'urgence, et notamment à notre époque, se poser la question de la sécurité du patient, et toujours aller dans le sens de la sécurité du patient. ». Ce qu'Antonin entend par « sécurité du patient » correspond à un choix quasi-systématique d'une mesure de soins sans consentement lorsqu'un patient est jugé « ambivalent aux soins ». Pour lui, « la loi est suffisamment bien faite pour lever des éventuels abus, pour lever des éventuelles hospitalisations un petit peu trop fermement décidées sous contrainte » (cf. la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013). Antonin justifie cette position en exposant, selon lui, l'objectif de la psychiatrie d'urgence, et ce que cela implique : « la prévention et prévenir, c'est parfois, effectivement, être ferme dans le soin, y compris dans l'hospitalisation sous contrainte. »

Le régime de contrainte de l'urgence psychiatrique

Avec l'exemple de Gérard, ainsi que les différentes explicitations de Marc, Omar et Antonin, nous voyons se dessiner les contours du régime de contrainte propre au SOA. Ils mobilisent, d'une part, la notion « d'urgence », et de l'autre celles de « prévention » et de « principe de précaution » pour le caractériser. Autrement dit, cette restriction routinière de liberté est à la fois justifiée par un contexte d'urgence, et donc une temporalité qui demande à être interrogée, ainsi que par une incertitude quant aux risques que pourrait présenter un patient.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Une synchronisation forcée de la temporalité institutionnelle et des temporalités personnelles

La restriction de liberté routinière dans le service, qui devient visible lors des « contentions » réalisées lorsque la personne refuse le temps de l'évaluation, et donc le

temps d'attente, pourrait être une mise en lumière d'une injonction à la synchronisation de temporalités (Gardella, 2014 ; Rosa, 2010). Le temps de l'évaluation, qui détermine le temps de prise en charge d'une personne, et qui peut varier en fonction de divers éléments, constitue, dans sa variabilité, la temporalité institutionnelle du SOA. Les patients avec leurs propres rapports au temps, se voient alors dans l'obligation de se conformer à cette temporalité. C'est sans doute le cas dans toute structure où les usagers doivent attendre. La particularité ici consiste en une synchronisation forcée sans possibilité de sortir, ou de refuser cette synchronisation. Ainsi, l'injonction au respect d'une temporalité particulière se dévoile lors d'un refus de synchronisation, ou d'une incapacité à se synchroniser, de la part d'une personne, ce qui engendre un conflit, où les protagonistes ont un pouvoir inégal : les professionnels ont la possibilité d'obliger à prendre le temps de l'évaluation, en mettant en place une contention.

Le SOA, Lieu de l'annulation des « risques »

Cet exercice routinier de la contrainte dans le service pourrait aussi être expliquée par le principal critère de l'urgence au SOA, celui du risque de passage à l'acte auto-agressif, c'est-à-dire le risque de suicide, ainsi que le risque de mise en danger des autres ou de soi-même, par exemple en « traversant la route sans faire attention » (exemple souvent utilisé par les professionnels du service). L'urgence peut aussi découler d'une inadaptation sociale, en se mettant en danger sur le plan financier par exemple. Le SOA serait alors un espace où les risques, qui caractérisent l'urgence psychiatrique, s'annulent. Ces risques ne sont opérationnalisés qu'en dehors du SOA, ou de toute autre structure psychiatrique. A partir de ce moment, il est donc possible de prendre le temps de l'évaluation, et il est nécessaire de restreindre la liberté, parfois de manière explicite via une contention, avant la finalisation de l'évaluation par principe de précaution : et si, dehors, il risquait de mourir ou de se mettre en danger ? Ceci explique de plus le transfert immédiat des personnes présentant un « état somatique inquiétant » dans un Service d'Accueil et d'Urgence (SAU). Le service et les professionnels n'ont certes pas les ressources pour les prendre en charge, mais c'est aussi un risque de mort, ou d'aggravation de l'état physiologique, qui ne s'annule pas par la simple entrée dans le service. Il s'agit de risques pour le patient, difficilement appréhendables, qui, s'ils se réalisent après un passage au SOA, engendreraient alors un risque juridique vis-à-vis des professionnels du service. C'est donc une double annulation de risque qu'engendre la rétention au sein du service, et donc l'injonction, parfois coercitive, à la synchronisation des temporalités institutionnelles et individuelles. Il serait donc question ici de la facette « interventionniste » du travail du SOA (Castel, 1983, p.120).

La gestion des risques domine donc l'approche des cliniciens et l'urgence psychiatrique est donc paradoxalement une *urgence qui peut attendre*, et qu'il est manifestement nécessaire de faire attendre. Cependant, cette attente ne peut pas se réaliser n'importe où, elle n'est possible qu'au sein d'un service psychiatrique.

Cette même logique est à l'œuvre lors de la mise en place d'une mesure de soins sans consentement. Lors de mes observations, l'idée de risques juridiques était omniprésente et se présentait généralement sous la forme suivante : « si on le fait sortir et qu'il se passe quelque chose, on est responsable ». Lors de ma présence dans le service, une des internes a été interrogée par la police à la suite du suicide d'un patient qu'elle avait vu lors d'un autre stage, la famille du patient avait porté plainte contre l'hôpital. A ceci s'ajoute l'emphase mis par Antonin sur la « sécurité du patient ». J'émetts donc l'hypothèse que le grand nombre d'hospitalisations sous contrainte décidées au SOA serait dû à la place que prend le service dans la trajectoire d'un patient hospitalisé sous contrainte. Une fois parti du service, où il n'y reste qu'en moyenne 6h, le patient n'en dépend plus, le relai est passé à un service hospitalier qui prendra la décision de maintenir ou non la mesure de contrainte. De plus, hospitaliser un patient en hospitalisation libre, engendrerait un risque pour le service ainsi que pour le service hospitalier qui l'accueille par la suite. Si lors de son arrivée, il décide de partir, rien ne l'en empêche. Ce serait alors pour se protéger et protéger les services hospitaliers, sur le plan juridique, que l'hospitalisation sous contrainte se réalise. Ce serait ici le registre de la responsabilisation juridique qui serait visible dans le grand nombre de mesures de soins sans consentement impulsé au SOA. On retrouve donc cette même double annulation des risques dans la prise de décision d'hospitaliser une personne en soins sans consentement.

N'étant ni de la « dangerosité », ni du « risque » au sens de Castel (1983), une réflexion sur ces « risques » que j'emploie sans les expliciter est à mon avis à réaliser.

NB : Il faut néanmoins noter que la contrainte, sous forme de contention ou de soins sans consentement est dévalorisée par les professionnels qui essayent de l'éviter, ce qui engendre une des principales tensions du service : celle autour de la contrainte.

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

Quelle protection des droits des patients au sein des services d'urgences psychiatriques ?

Lors de la réalisation de mon travail de mémoire, je n'ai pas réussi à trouver un texte de loi concernant la restriction de liberté au sein des services d'urgences psychiatriques. Seul mes enquêtés (professionnels du SOA) m'en ont parlé. Pour eux, une situation d'urgence justifie d'emblée la restriction de liberté. Cela apparaît néanmoins problématique lorsque l'urgence est caractérisée par l'entrée dans le service. Lorsque, finalement, après évaluation, la personne ne présente pas selon les professionnels une pathologie nécessitant une intervention psychiatrique, les professionnels vont, *a posteriori*, faire « entrer ça dans le cadre de l'urgence », alors même que, selon Omar (ancien interne du service), « la loi peut dire : il n'y avait aucun contexte d'urgence, il venait pour un renseignement et vous l'avez contenu ».

Principaux textes de droits mobilisés dans la situation ou qui pourraient l'être :

- LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des

- personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Bibliographie

Robert Castel, 1983, « De la dangerosité au risque », Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 47-48, juin 1983, *Éducation et philosophie*, pp. 119-127

Edouard Gardella, 2014, « L'urgence comme chronopolitique », *Temporalités*, [En ligne], 19 | 2014, mis en ligne le 30 juin 2014, consulté le 01 juin 2017

Ivan Garrec, 2017, *Le raisonnement psychiatrique au prisme de l'urgence : tensions autour de la contrainte et de l'accès aux soins*. Mémoire de Master 2, Mention Santé, Population et Politiques Sociales, EHESS-Paris 13, sous la direction de Carine Vassy.

Harmunt Rosa, (2005) 2010, *Accélération. Une critique sociale du temps*, Paris, La Découverte.

The relation between an 'advance statement' and 'will and preferences'

Nom du ou des contributeurs : **George Szmukler, King's College, London**

Contexte de récupération de la situation :

I describe here the case of Anne, whom I discuss in detail in a paper (The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *International Journal of the Law and Psychiatry* 2017, 54: 90-97)

Présentation de la situation :

Anne was a 23 year old, talented student at a prestigious school of drama. She had a diagnosis of a bipolar illness. Her mother committed suicide during a depressive episode when Anne was 14, and she has other relatives with the same condition. She lived with her father, a retired dentist. Her married sister, Louise, lived nearby. Anne had a close relationship with both, as well as Louise's husband.

Anne's education, especially during her final year at school, was badly affected by her illness, and she was determined to finish her drama course. The drama school knew about Anne's condition and had been very supportive thus far. Following recovery after a second involuntary admission to a psychiatric hospital Anne composed an 'advance statement' (in the form of a 'Joint Crisis Plan' made with the involvement of her father, her psychiatrist – me – and her community psychiatric nurse). The content was based on her previous experiences of manic episodes.

The document stated: 'If I am unable to sleep for more than three hours on two consecutive nights; or, if I go wandering in the centre of town after midnight; or, if I say I am a resurrection of Sarah Bernhardt, then I need to be treated - against my will, if that becomes necessary. If I refuse, I accept that I should be admitted to hospital on a compulsory order so I can be treated promptly in order to minimize the length of my relapse.'

Six months later, unable to sleep and flimsily dressed, Anne went out wandering around 2 a.m. She was picked up by the police four hours later. She had been loudly reciting long passages from "Who's Afraid of Virginia Woolf" to all and sundry. She claimed she was a great actress.

The police, using a power under the Mental Health Act that allows a person in a public place who appears to have a mental disorder to be taken to 'place of safety', escorted Anne to the Accident and Emergency Department of the local hospital. There her records revealed her 'advance statement'. Her father was contacted and soon arrived at the hospital.

Anne recognized the 'advance statement' as having been formulated by her, but said she had now changed her mind. Drama school was no longer important, she said. She now realised she was 'hugely gifted and inspired, miles ahead of the others'. She was sure she would soon be offered major roles on the stage or cinema. Being in the city in the early hours, she said, could be frightening, but the rewards were a heightening of her creative powers and a 'fantastic preparation for the great parts coming my way ... being able to enthral strangers in the street with my powerful declamations shows how great an actor I am'. When asked if she was Sarah Bernhardt she said: 'I'm not certain ... but probably'.

Anne refused any treatment intervention and said she did not require any help with making any decisions and did not want to discuss the matter further.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

Anne was a patient in a pilot study of the feasibility and effectiveness of 'joint crisis plans' (JCPs), introduced with the aim of reducing the need for compulsory admissions.

An important learning point for me concerned the meeting we had during which Anne designed her 'advance statement'. The one hour discussion concerning: my detailed views about Anne's illness; her and her father's detailed observations about the process of relapse and its earliest signs and stages of progression; her deep feelings about her illness and its effects on her values, commitments and her life projects; and, the way in which I was interrogated about my proposed treatment plans, made for a discussion quite unlike the usual patient interview. I felt that I knew the patient much better than before, and that she knew me much better.

I learnt the morning after Anne's admission to hospital on an involuntary treatment order following the events described above, that she and her father had been to the Emergency Clinic of the hospital the night before the night of admission. At that stage her sleeping was disturbed, she was more talkative and unusually restless. She had asked whether she should be admitted, and would have accepted a voluntary admission at that time. The doctor on-call that night decided she was not ill enough to warrant admission, especially as there was no vacant bed available in the hospital. A resource issue therefore played a role in forestalling an involuntary admission. This was not the only instance in which a patient's JCP recommendation for an early admission was not followed by the duty doctor because of an unavailability of beds.

The current significance for me of Anne's involvement with the mental health system concerns the General Comment on Article 12 from the UN Committee on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (UNCRPD) (General Comment on Article 12: Equal recognition before the law, 2014). A number of other UN documents subsequently have echoed the Committee's interpretation.

The Committee insists the Convention requires that we must respect the 'rights, will and preferences' of persons with disabilities. Interventions should never amount to 'substitute decision-making' (in essence, someone not appointed by the person making

a decision on his or her behalf, according to what is believed to be in the person's 'best interests' as opposed to the person's own will and preferences). The Committee takes the view that with the right level of support people with disabilities are able to express their 'will and preferences'. Under the Convention, signatory states are obliged to modify or abolish existing discriminatory laws, regulations and practices, as well as to provide programmes to support Convention rights. These would include programmes offering support for people with disabilities who at some time may experience difficulties in expressing their will and preferences.

The question that Anne's situation raises is what the words 'will and preferences' should be taken to mean. The terms are not defined in the Convention nor by the Committee. It is not clear to me what 'will and preferences' might mean in certain problematic situations. Especially difficult are those where a person's 'will and preferences' appear to have changed quite radically. The case of Anne is an example. Which 'will and preferences' should we respect? Should it be those stated in her advance statement or those that she expressed when picked up by the police? Is one more 'authentic' than the other? If so, which one?

My view is that Anne's 'will and preferences' expressed in her advance statement is the more 'authentic'. It was made at a time when she was able to calmly reflect on what was especially important for her in the light of her deep beliefs, values, commitments and major life projects. Completing her course was a wish she strongly endorsed, and predicted that if she should relapse, she will reject the treatment that she strongly believes, now, that she will then need. She stated clearly that the preference for 'no treatment' should be rejected in favour of her preference (or 'will') for treatment. I suggest that the person's 'will' is manifest in those deep beliefs and values, and that a 'preference' is a wish, desire or intention that is expressed in the moment or the present. Normally, a person's will and preferences, by and large run together in a coherent manner. It is when they diverge radically, as in Anne's case, that a problem of interpretation arises.

I suggest that the 'will' should be privileged when there is such a divergence, especially so when the person has a radical change in mental functioning that is reversible. If that proposition is accepted, would we also have to accept that if Anne had not made a written advance statement, but had verbally expressed the same will and preferences to her father and close friends, we would draw the same conclusion about which preference should be respected? What if Anne had not previously verbalised a clear treatment preference, as such, but that it was clear to those who knew her well, that completing her acting course was an immensely important goal for her? Would this need to be weighed up in deciding what we should take to be Anne's real or authentic 'will and preferences'?

Paul : Une hospitalisation mouvementée

Nom du ou des contributeurs : **LEYRELOUP Philippe Intervenant social dans les commissariats de la ville de LYON.**

Contexte de récupération de la situation : Issue d'une expérience professionnelle

Présentation de la situation :

Le 08/01/2016 La responsable du CCAS est saisie par une association tutélaire pour présenter à la prochaine réunion de la commission «santé psychique et logement» du CLSM du 3^{ème} arrondissement de Lyon la situation de Monsieur X, que nous appellerons Paul, il est né en 1984, il perçoit l'allocation adulte handicapé et il fait l'objet d'une mesure de curatelle renforcée.

La commission santé psychique et logement est une instance mis en place par le CLSM de Lyon 3^{ème}. Cette instance a pour vocation d'aider les partenaires du social et du médical qui rencontrent des difficultés dans l'accompagnement des personnes en souffrance psychique dans leur logement. Son objectif est de maintenir la personne dans son logement.

Le 14/01/2016, le curateur et la responsable social de l'association tutélaire exposent la situation de Paul. Ils n'ont plus de contact avec leur majeur protégé depuis le début de l'année 2015. Ils ont eu une information de l'AS du Samu social, qui signale que Paul va mal. Il erre dans les rues et refuse tout contact. Son curateur lui verse 100€/semaine sur un compte et il va les retirer à la banque tous les lundis. Leurs inquiétudes résident dans le fait qu'il a été vu par ses voisins avec de nombreuses ecchymoses sur le visage, Le CMP signale qu'il ne vient plus prendre son médicament, il est en rupture de soins, l'appartement est envahi par les objets qu'il ramasse dans la rue. Le propriétaire de son logement l'a vu en avril pour la dernière fois, il était très délirant. A la demande du curateur les policiers sont allés sur place. Paul ne leur a pas ouvert. Les voisins leurs ont dit que Paul n'avait pas été vu depuis longtemps, alors qu'ils l'entendent dans son logement. En 2013, il a déjà connu une passe difficile. Cela s'est mal terminé, il s'est défenestré alors que les pompiers tentaient d'entrer dans son logement pour lui porter secours.

La commission conclue en recommandant au curateur de ne pas rompre le lien, de continuer à lui envoyer du courrier, de se mettre en rapport avec le SAMU social pour repérer le secteur qu'il fréquente et de continuer à tenter de le rencontrer dans la rue ou lors d'une visite à domicile.

Dans l'éventualité où nous devrions faire hospitaliser Paul, j'accompagne le curateur pour une visite à son domicile. Le 26/01/2016 nous sommes sur place. Mr est dans son logement mais malgré notre insistance, il n'ouvre pas. La voisine du dessous confirme sa

présence dans le logement. Lorsqu'elle le croise, il est fuyant. Elle nous dit que son état physique s'est sérieusement dégradé. Elle a aperçu l'intérieur de son logement, il est envahi par les déchets.

Les informations collectées sont inquiétantes : Il est dans son logement, il en sort peu, il est délirant, agité et se sent persécuté, il n'ouvre sa porte à personne. Son logement est insalubre.

Nous sommes devant une porte fermée. Toute la difficulté est d'évaluer précisément la situation. Faut-il procéder à une hospitalisation sous la contrainte ? Pour cela, nous devons déterminer si Paul met en danger imminent sa vie ou celles des autres. Faut-il procéder à une Admission en Soins psychiatriques en cas de péril imminent ?

Si c'était une question de sécurité publique, nous appellerions les policiers. Ils savent traiter ces situations.

Reste les hospitalisations sur avis médical que ce soit à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'état ou du maire. Pour cela il faut qu'un médecin accède au patient pour poser un diagnostic. Ce n'est pas possible, Paul n'ouvre pas sa porte.

Le 21/04/2016, je suis contacté par la coordinatrice sociale de l'association tutélaire. Depuis notre visite au domicile de Paul au mois de février, le curateur et elle, ont essayé par deux fois de le rencontrer, sans succès. Dès qu'ils les voient, il fuit en prenant de gros risques, puisque dans sa fuite, il traverse les rues en courant et sans regarder le trafic.

Considérant ces derniers éléments, nous estimons que Paul se met en danger. Nous décidons de demander aux policiers de procéder à l'hospitalisation immédiate et sous la contrainte de Paul.

Je rencontre le commissaire qui estime que les conditions d'une Admission en Soins psychiatriques en cas de péril imminent sont réunies. Il réunit ses policiers pour les informer des conditions de l'intervention. Je participe à cette réunion et j'insiste sur le fait que Paul s'est défenestré en 2013 lors d'une précédente hospitalisation. Le commissaire renforce le dispositif en ajoutant deux équipages.

Le commissaire décide que l'intervention se fera le lendemain. Nous appelons le propriétaire du logement et un serrurier.

Le lendemain matin de bonne heure nous appelons les pompiers qui vu les risques envoient trois équipes. Nous appelons SOS médecins. Son arrivée sur site marquera le départ de l'intervention.

Les policiers et les pompiers n'arrivent pas à ouvrir la porte du logement. Elle est bloquée par l'accumulation des nombreux objets collectés par Paul. Ils arrivent à voir l'intérieur du logement. Les deux pièces, sont remplies à hauteur d'homme.

Paul est très agité. Il crie ses paroles sont incompréhensibles, il hurle. Pendant que les policiers arrachent la porte, il jette sur les policiers le contenu de bouteilles plastiques et

de récipients. Ce sont ses excréments et son urine.

Il se déplace dans son logement en rampant sur le tas d'immondices pour atteindre sa fenêtre, il met du temps pour l'ouvrir. Il commence à enjambrer le rebord, un policier fait feu avec son flash-balle. On ne sait pas s'il a été touché. Paul se retranche dans un coin de l'appartement et s'immobilise. Les policiers s'équipent de combinaison. Une équipe de trois policiers entre par la porte. La progression dans le logement est laborieuse, les policiers évoluent sur le tas d'ordures haut d'un mètre soixante environ. Après beaucoup d'effort ils arrivent jusqu'à lui. Paul n'oppose aucune résistance. Il est en état de choc. Le médecin lui administre un sédatif. Il constate qu'il n'est pas blessé, il rédige le certificat d'hospitalisation. Paul est conduit par les pompiers sur l'Unité Médicale d'Accueil de l'hôpital psychiatrique.

Le serrurier intervient pour poser une nouvelle porte. Je contacte les professionnels de l'UMA pour les informer de la situation.

Questionnements et pistes d'analyse suscités par la situation :

L'équipe soignante qui accueille le patient n'a que très peu d'informations sur les conditions de l'admission. Je pense qu'il faut remédier à cette situation.

Recommandations ou pistes de développement (d'action) :

- Chaque admission devrait être accompagnée d'une fiche présentant le malade, sa situation et les circonstances de son admission.
- Attention à ne pas être instrumentalisé !