

Une recherche menée par



**ESPACE ÉTHIQUE**  
RÉGION ILE-DE-FRANCE

# Composer avec le(s) droit(s) en psychiatrie

Epreuves et travail critique autour de la notification des droits faite aux personnes hospitalisées sous contrainte

## Rapport final de la recherche EDGAR

Garantir l'effectivité de la notification des droits dans les hospitalisations en soins psychiatrie sans consentement

Jean Bienaimé  
Anne-Sarah Kertudo  
Aurélien Troisoefus  
Paul-Loup Weil-Dubuc

Une recherche soutenue par



*Nous adressons nos plus vifs remerciements aux nombreuses personnes qui ont participé à cette étude, en partageant leurs vécus et leurs analyses lors des entretiens et des focus groups.*

*Nous remercions aussi celles et ceux qui ont contribué à l'élaboration et à la conduite de ce projet, à un moment ou à un autre : pour le Laboratoire de Recherche en Santé mentale, Sciences Humaines et Sociales du GHU Paris, psychiatrie, neurosciences, Emmanuelle Jouet sans qui il n'aurait pu voir le jour et Iannis McCluskey ; pour l'association Droit Pluriel, Faustine Lalle, Manon Plesse, Mathilde Gérald, Jeanne Lafont et Maxime Lafont ; pour l'Espace éthique Ile-de-France, Fabrice Gzil, Nicolas Castoldi, Virginie Ponelle, Sébastien Claeys, Patrice Dubosc et Robin Garcia ; pour les trois entités, les membres du comité de pilotage aussi bien pour leurs réflexions que pour leurs conseils pratiques : Jean-Claude Aubert, Franck Bellivier, Albane Bernat, Claude Deutsch, Benoît Eyraud, Fabrice Gzil, Alexandra Kurdjian, Virginia Lecach, Céline Letailleur, Bruno Torregrossa et Simon Vasseur-Bacle. Nous adressons aussi des remerciements particuliers à Céline Letailleur qui nous a aidés dans la conduite de cette étude et l'organisation du colloque « Garantir les droits en psychiatrie : les enjeux de la judiciarisation des soins sans consentement » ainsi que Pascal Gibon qui a diffusé les premiers résultats de notre étude.*

*Enfin, nous remercions chaleureusement les financeurs qui ont rendu possible cette étude : la FIRA, la Fondation de France et la Fondation Falret.*

# Table des matières

Avant-propos.....	5
Introduction.....	8
Enjeux de la recherche.....	10
Une étude du travail normatif autour de la notification des droits.....	13
Méthodologie.....	15
Plan du rapport.....	19
I/ Les logiques de la loi dans la presse.....	20
1) La logique de la sécurité.....	22
Affaires et faits divers.....	22
L'attention aux victimes et le problème de l'irresponsabilité pénale.....	25
Un plan de sécurisation pour les hôpitaux psychiatriques.....	27
2) La logique du soin.....	29
Un impératif de non-stigmatisation.....	29
Le collectif des 39 et la question de l'hospitalité.....	31
Hétérogénéités internes.....	34
3) La logique des droits.....	36
Les témoignages et le souci de dignité.....	37
Vers une conception formelle du rapport au(x) droit(s).....	39
II/ Des professionnel.le.s de soin à l'épreuve de la notification des droits.....	45
1) Des épreuves énonciatives.....	46
2) Des épreuves logistiques.....	52
3) Des épreuves juridictionnelles.....	59
III/ Les axes de la critique. Entre artificialité, désintérêt et inhospitalité.....	67
1) La critique de l'artificialité des dispositifs.....	68
Le problème de la procéduralisation du rapport aux droits.....	68
Le souci de la participation usagère.....	71

Une demande de médiation et de contre-pouvoir .....	73
2) La critique du désintérêt professionnel .....	75
Le droit comme outil de réaffirmation citoyenne .....	76
Le problème du désengagement.....	78
3) La critique de l'inhospitalité .....	84
La découverte de la psychiatrie ou la dépossession de soi .....	86
Le problème de la réduction des personnes et du soin.....	90
Un besoin d'humanité et de reconnaissance .....	94
Conclusion et perspectives.....	100
Bibliographie.....	105
Annexes.....	115
1) Modèle de notification des droits. APHP.....	115
2) Entretiens et Focus Groups .....	118

## Avant-propos

Pourquoi étudier la notification des droits aux personnes hospitalisés sans consentement en psychiatrie ? Qu'est-ce qu'une association comme Droit Pluriel, association d'accès au droit spécialisée dans la défense des personnes en situation de handicap, peut apporter à un projet de recherche sur ce sujet qui croise la santé mentale et le droit ? Pourquoi, enfin, associer à la démarche, outre un chercheur, un établissement hospitalier, le Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie et neurosciences d'une part, et l'Espace Ethique d'Ile de France d'autre part ? A l'origine du projet se trouve la parole des personnes concernées : des usager.ère.s de la psychiatrie, leurs proches et les avocats ont interpellé Droit Pluriel, inquiets du non-respect de la loi 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 précisant notamment que les personnes hospitalisées sans consentement doivent être informées de leurs droits dans ce moment particulier et brutal qu'est l'hospitalisation sous contrainte.

Droit Pluriel est une association qui se veut trait d'union entre le droit et le secteur du handicap. Composée notamment de juristes et d'avocats, l'association a pour objet de former les professionnels de la justice à l'accessibilité afin que le handicap ne constitue plus un frein pour des millions de personnes souhaitant connaître et faire valoir leurs droits. La période du confinement a fait émerger « Agir Handicap », première permanence juridique gratuite et 100% accessible. L'idée était de permettre à toute personne d'avoir accès au droit, notamment lorsque ces femmes et hommes ne peuvent se déplacer, lire, écrire, s'exprimer à l'oral, etc.

Ainsi, les premières questions de droits autour de l'hospitalisation sans consentement apparaissent dès 2022. Les juristes de Droit Pluriel constatent que la difficulté d'accès au droit des « patients » hospitalisés sans consentement n'est pas inconnue, puisqu'elle a fait de colloques et d'articles. Cependant, notre équipe fait le constat d'un sujet qui divise les acteurs impliqués : personnes concernées, soignants et professionnels du droit s'opposent alors qu'il semble à notre équipe naturel que ces trois parties prenantes, confrontées à des difficultés spécifiques et réelles, n'ont d'autres choix que de réfléchir ensemble pour construire une solution permettant de faire coexister droit et soin. De cette volonté de faire dialoguer les acteurs en présence naît le projet « EDGAR », « GARantir l'Effectivité des Droits ».

L'association Droit Pluriel s'est positionnée dans cette action comme interlocutrice directe des personnes concernées, et ainsi légitimes à témoigner de leurs situations vécues. L'engagement n'est pas neutre, et il est affirmé clairement : l'association veut défendre le respect des droits des patients, lutter contre toute forme de violence et de discrimination, et contribuer à la déstigmatisation des enjeux de santé mentale. Droit Pluriel a fait appel à des partenaires partageant ces valeurs : le Laboratoire de Recherche en Santé Mentale – Sciences Humaines et

Sociales du Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie et neurosciences d'une part, et l'Espace Ethique d'Ile de France. Ces deux acteurs apportaient en outre à la démarche leur expertise autour des sujets de santé mentale et leur pratique des travaux de recherche.

Ensemble, la démarche a été établie : il s'agissait de rassembler trois groupes composés pour l'un d'usagers et de pair-aidants, pour l'autre de soignants (infirmiers, psychiatres, personnel médical), et pour le troisième de professionnels de la justice (avocats/magistrats). Ces trois groupes devaient être interrogés séparément sur le sujet avant d'entendre les retours des deux autres groupes. Enfin, un colloque, qui s'est déroulé le 13 janvier, a réuni devant un large public toutes les parties prenantes afin que la parole circule et que les différentes parties s'entendent et échangent dans la compréhension mutuelle des contraintes et des ressentis des autres.

L'expérience de s'associer à des chercheurs, et notamment Jean Bienaimé, sociologue qui a porté la recherche pendant dix-huit mois, a été extrêmement enrichissante pour notre association, qui a considérablement bénéficié de cette occasion d'interroger les pratiques et d'approfondir des sujets dont les juristes ne constituent qu'une des multiples facettes. Le droit s'est révélé être au cœur des revendications des usagers, condition essentielle du respect de leur égalité et de leur dignité. Surtout, l'effectivité de ces droits a émergé comme une demande claire, indissociable du soin. Cette démarche a donc fait naître auprès de notre équipe une forte envie de s'associer non plus seulement sur le terrain de la recherche, mais directement auprès des justiciables avec des professionnels sachant prendre soin des personnes pendant que, dans le même temps, les juristes et avocats les rétablissent dans leurs droits.

Anne-Sarah Kertudo



## Introduction

La capacité à décider pour soi tend à devenir une clé de voûte des systèmes de santé. Ce tournant, en germe depuis les années 1980<sup>1</sup>, s'est vu renforcé avec la montée en puissance, depuis la fin des années 1990, des principes issus de démocratie sanitaire faisant des droits des usagers<sup>2</sup> et de leur participation active aux soins les concernant un des axes principaux autour duquel orienter les pratiques médicales (Rabeharisoa et Callon, 2004 ; Lecoœur-Boender, 2007).

Porté en grande partie par les associations de personnes directement concernées par la maladie ou le handicap (Barbot, 2002 ; Winance, 2004), cette dynamique a trouvé une résonance certaine auprès des pouvoirs publics – ces derniers tendant en effet à appuyer de plus en plus leurs décisions sur des valeurs d'autonomie et à inscrire leurs actions dans le cadre d'une « politique des droits » (Baudot et Revillard, 2014) soucieuse de garantir, pour l'ensemble des citoyens, le respect des droits humains fondamentaux. Au début des années 2000, plusieurs initiatives sont allées dans ce sens, par exemple, avec la Charte Européenne des Droits des Patients qui insistait sur l'obligation éthique d'organiser l'administration des soins sur la base du consentement libre et éclairé des individus ou encore, en 2006, avec la Convention Internationale pour les Droits de Personnes Handicapées de l'ONU qui rappelait pour sa part la capacité juridique de tous les êtres humains quels que soient leurs fonctionnements psychiques, moteurs, intellectuels ou sensoriels. Dans le contexte français, ces évolutions ont trouvé un écho favorable auprès du législateur notamment avec la loi du 4 mars 2002 qui consacra l'autonomie décisionnelle des personnes dites « malades » comme condition préalable à toute prise en charge thérapeutique et participa à instituer la notion d'usager de service de santé dépositaire de droits et de responsabilités (Lascoumes, 2007 ; Bureau-Point et Hermann-Mesfen, 2014 ; Girer, 2014).

Ces transformations qui touchent l'ensemble du secteur médical sont également visibles dans celui, plus restreint, de la psychiatrie. Au cours des dernières décennies, les savoirs d'expérience ont ainsi bénéficié d'une certaine reconnaissance que ce soit au travers de l'installation de la représentation usagère dans les institutions hospitalières (Autès, 2014), de la

---

<sup>1</sup> En 1978, l'article IV de la Déclaration Alma-Ata sur les soins de santé primaire stipule par exemple que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* ». Ce principe se trouve, par la suite, réaffirmé en 1986 par la Charte d'Ottawa estimant que pour « *parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu [...] doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions* » (Peljak, 2016. pp. 79).

<sup>2</sup> Dans le cadre de ce rapport, le terme « usager » renverra, d'une façon générale, à l'ensemble des individus faisant usage des services de santé qu'il s'agisse des proches et des aidants.e.s ou encore des personnes faisant directement l'expérience de problématiques psychiatriques. Pour ces dernières l'expression « personnes concernées » sera alors privilégiée.

formation des Groupes d'Entraide Mutuelle et du développement de la pair-aidance dans les services de santé (Troisoeufs, 2012 ; Demailly et Garnoussi, 2015 ; Demailly, 2021), ou plus largement via la promotion d'une santé mentale communautaire (Demailly, Roelandt et Daumerie, 2012). Suivant certain.e.s observateur.e.s, un nouveau paradigme verrait le jour envisageant « *l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et dont les services de santé mentale sont configurés de manière à soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient »* » (Greacen et Jouet, 2012).

Concernant spécifiquement la question des soins sans consentement, il ressort que l'entrée de la psychiatrie hospitalière dans l'ère de la démocratie sanitaire s'est articulée à un important mouvement de judiciarisation. La loi du 5 juillet 2011, puis sa réforme le 27 septembre 2013, ont constitué une rupture en ce sens au sujet des hospitalisations sous contrainte en posant l'obligation, pour les professionnel.le.s de santé, d'informer les individus de leurs droits et de leurs voies de recours, puis en rendant systématique le contrôle judiciaire de ces procédures grâce à la mise en place d'audiences avec le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). Plus récemment même, ce sont les pratiques d'isolement et de contention qui ont fait l'objet de mesures. En 2020, le législateur a introduit la possibilité, pour les personnes hospitalisées, de saisir la justice en de telles situations puis a rendu obligatoire, en 2022, le contrôle de ces pratiques par le Juge au-delà d'une certaine durée<sup>3</sup>.

Bien qu'elles répondent à un objectif explicite de réduction des formes de la contrainte en psychiatrie (Saetta, Coldefy, Degry et *al.*, 2023), ces dispositions suscitent néanmoins plusieurs questionnements et nombreux.ses sont les acteur.ice.s à s'interroger au sujet de leur déploiement pratique ou de leur efficacité en termes de droits humains. D'une part, plusieurs études tendent à montrer que loin de diminuer, le recours à la contrainte en psychiatrie serait en augmentation (Coldefy et *al.*, 2015 ; Coldefy et *al.* 2017 ; Coldefy et *al.*, 2022), alors même que les instances nationales et internationales rappellent la nécessité de n'envisager ce type prise en charge qu'en cas de derniers recours et que certain.e.s auteur.e.s pointent l'influence négative que la coercition aurait sur le rétablissement et l'adhésion au soin (Jaeger et Rossler, 2010 ; Kinner et *al.*, 2017 ; Bellahsen, 2023). D'autre part, les instances de contrôle tel que le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté alertent régulièrement sur la variabilité des pratiques soignantes vis-à-vis des dispositions légales de même que sur la récurrence des atteintes aux droits que rencontreraient les personnes hospitalisées lors de leurs séjours en services fermés (CGLPL, 2020 ; 2019 et 2021).

---

<sup>3</sup> L'article L.3222-5-1 du Code de Santé Publique en 2016, révisé en 2021 puis en 2022, affirme que les mesures d'isolement et de contention ne doivent être utilisées qu'en cas dernier recours. Concernant l'encadrement de ces mesures, le Code instaure une durée maximale de 12 heures pour les isolements, renouvelable sur avis motivé dans une limite de 48 heures ; et une durée maximale de 6 heures pour les contentions, renouvelable par tranche de 6 heures jusqu'à une durée totale de 24 heures. En cas de prolongation excédant ces limites, le Juge des Libertés et de la Détention est saisi avant 72 heures d'isolement ou 48 heures de contention.

## Enjeux de la recherche

Devant cette situation paradoxale mêlant vigilance accrue en termes de respect des droits humains et permanence du recours à la contrainte dans le champ de la santé mentale, les sciences sociales se sont rapidement intéressées à cette judiciarisation et aux innovations contenues dans la loi du 5 juillet 2011 en se focalisant, notamment, sur la problématique des soins contraints en ambulatoire – appelés également « programmes de soin »<sup>4</sup> – et celle des audiences avec Juge des Libertés et de la Détention. Sans prétendre à une revue exhaustive de cette littérature, il ressort que les travaux ont généralement adopté deux échelles d'analyse.

Un premier niveau vise à rendre compte, à partir d'une perspective relativement macrosociologique, de la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière au carrefour des années 2010 avec pour ambition d'explicitier les dynamiques, à la fois sociales et normatives, y étant associées. Dans ce cadre, certains travaux ont montré comment la réforme de 2011 s'inscrivait, d'une façon générale, dans un mouvement de dépossession progressif des psychiatres dans l'encadrement de leurs activités (Tartour, 2021), quand d'autres ont rappelé le rôle déterminant joué par les luttes associatives et les collectifs militants (Marquès, Eyraud et Velpy, 2015). Ici, il s'agissait pour les auteur.e.s de rappeler les usages militants que certaines associations et collectifs ont pu faire du droit<sup>5</sup>. En France, cette forme d'engagement a été représentée par le Groupe Information Asile qui, depuis les années 1970, entendait lutter contre l'usage « répressif » de la psychiatrie via le contentieux juridique (Bernardet, Douraki et Vaillant, 2002 ; Troisoeufs et Eyraud, 2015 ; Bitton, 2015) et qui sera à l'origine de plusieurs décisions importantes. Le 18 novembre 2010, la Cour Européenne des Droits de l'Homme condamne la France pour son manque d'harmonisation vis-à-vis des recommandations européennes, puis les associations se saisirent des Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC)<sup>6</sup> qui mèneront à l'introduction du JLD dans les procédures d'hospitalisation sous contrainte et à la réforme de 2011 telle que nous la connaissons aujourd'hui.

---

<sup>4</sup> En réformant la loi du 27 juin 1990 sur les hospitalisations sans consentement, la loi du 5 juillet 2011 introduit la notion de « soins sans consentement », ces derniers pouvant dès lors s'exercer en extrahospitalier. Défini par le psychiatre après une période d'observation de 72h en service fermé, le programme de soin impose un suivi médical régulier des patient.e.s et peuvent inclure, outre des consultations en centre médico-psychologique, des activités thérapeutiques, des hospitalisations de jours ainsi que des visites à domicile. Sur ces dispositifs, voir : Marquès, Saetta et Tartour, 2016 ; Moreau et Marquès, 2020.

<sup>5</sup> Sur cette forme de mobilisation collective reposant sur un usage protestataire du droit voir : Israël, 2009 et Agrikoliansky, 2010.

<sup>6</sup> Les QPC du 26 novembre 2010 et du 19 juin 2011 relatives, respectivement, aux Hospitalisations à la Demande d'un Tier (HDT) et aux Hospitalisation d'Office (HO) ont toutes deux acté de l'inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990 et des articles L.3213-1 et L. 3213-4 du Code de la Santé Publique en ce qu'ils ne prévoyaient pas de contrôles judiciaire des mesures d'hospitalisation sans consentement alors que ces-dernières constituent, du fait de la contrainte qu'elles viennent exercer, une atteinte aux libertés fondamentales.

À côté, ces recherches ont également pointé l'importance des débats ayant entouré la loi de 2011, tant dans son élaboration que dans sa réception auprès des professionnel.le.s de soin. Plus précisément, les auteur.e.s ont montré que ces controverses prenaient comme axe de focalisation la question des programmes de soin et moins nécessairement celle du contrôle judiciaire<sup>7</sup>. Alors que l'introduction du JLD semblait être, aux yeux des acteur.ice.s de l'époque, un moyen susceptible de renforcer les droits des personnes hospitalisées, l'instauration des programmes de soin apparaissait pour sa part comme une extension des possibilités de la contrainte (Rhenter, 2010 ; Velpry, 2010 ; Guibet Lafaye, 2014 ; Marquès, Eyraud et Velpry, 2015). Au-delà, ce niveau d'analyse a permis de montrer comment la loi de 2011 reposait sur un jeu d'équilibriste partagé en une pluralité de principes normatifs faisant tout autant référence à des enjeux sécuritaires qu'à des préoccupation relatives à l'amélioration du système de santé et des droits fondamentaux (Moreau, 2015).

Parallèlement, une stratégie d'enquête plus « micro », centrée sur l'activité concrète des professionnel.le.s du soin et du droit, a été proposée. L'enjeu pour ces études, qui reposaient souvent sur des enquêtes qualitatives articulant méthodes par entretiens et démarches ethnographiques, était de s'intéresser aux changements pratiques générées par la loi de 2011 et à la façon dont celle-ci avait pu redessiner les modalités d'exercices de la contrainte en psychiatrie.

Dans cette seconde échelle, les travaux ont tout d'abord rendu manifestes les incertitudes générées par l'installation de cette loi du fait de ces zones d'ombre et de la manière dont les attendus moraux et réglementaires véhiculés par la judiciarisation pouvaient, par moment, entrer en confrontation avec la gestion de certaines situations cliniques (Marquès, Daoud, Stamatiadis et Chaltiel, 2013 ; Marquès, Eyraud et Velpry, 2015). Par ailleurs, ils ont également mis en avant l'ampleur des ajustements locaux opérés par les unités hospitalières afin de se conformer aux nouvelles dispositions et accueillir les audiences avec le JLD (Marquès, Daoud, Stamatiadis et Chaltiel, 2013 ; Eyraud, Lainé, El Ayoubi et Parriaud, 2022). Surtout, ces recherches ont été frappé par la prolifération du travail bureaucratique ainsi que par la densité des productions écrites et des formes de certification déployées au sein des services pour attester du respect des droits des personnes et correspondre aux exigences de traçabilité associées au contrôle judiciaire (Marquès, Saetta et Tartour, 2016 ; Velpry et Eyraud, 2018 ; Tartour 2021). Enfin, concernant plus précisément les audiences avec le juge, ces travaux ont interrogé sur la « participation judiciaire » des personnes hospitalisées en soin sans consentement (Tartour et Barnard, 2018). Si elles ont dans l'ensemble souligné le fait que la rencontre avec les avocat.e.s et l'arène judiciaire représentaient un relais incontournable pour la reconnaissance et l'accès

---

<sup>7</sup> A noter que les procédures de programmes de soin paraissent moins controversées qu'auparavant dans la mesure où elles permettraient suivant certain.e.s professionnel.le.s de soin de « conjuguer les bénéfices du soin dans la communauté, de représenter une « mesure moins restrictive des libertés » et de garantir l'inscription dans une continuité des soins » (Moreau et Marquès, 2020 : 180).

au(x) droit(s), ces recherches ont cependant insisté sur les décalages existants entre les attentes portées par les justiciables vis-à-vis de ces audiences et la capacité des juges à pouvoir y répondre (Rossini et Verdoux, 2015). Sur cette base, certain.e.s auteur.e.s ont alors montré comment les interactions entre les juges, les avocats et les personnes hospitalisées pouvaient rejouer des asymétries de positions vectrices d'inégalité et de violence symbolique (Bernheim, 2012 ; Lainé, El Ayoubi, Duchêne et *al.*, 2024).

Ces deux ensembles de recherche ont produit d'importants résultats en montrant que la promulgation de la loi du 5 juillet 2011 avait participé à redéfinir une partie des écologies professionnelles de même que la répartition des pouvoirs entre les autorités médicales, administratives et judiciaires. Par ailleurs, elles ont permis de rappeler combien l'effectivité sociale du droit, loin d'être mécanique, dépendait avant tout de sa mobilisation pratique<sup>8</sup> et combien cette mobilisation était elle-même fonction des adaptations trouvées localement par les soignant.e.s et des arbitrages normatifs qu'ils ou elles étaient amené.e.s à faire en situation (Guibet Lafaye, 2016). Enfin, elles ont montré que les dispositions prises par cette loi pouvaient être encore largement perfectibles et que la systématisation du contrôle judiciaire peinait à atteindre ces objectifs. En effet, si la loi du 5 juillet 2011 s'est élaborée dans le souci certain de mieux respecter les droits des personnes hospitalisées, il reste que ce respect apparaît essentiellement de nature procédurale, générant avec lui certaines formes de disqualification de la parole peu propice à la participation effective des individus (Lainé, El Ayoubi, Duchêne et *al.*, 2024).

Le présent manuscrit entend poursuivre et actualiser ces différents styles d'analyse en prenant comme axe de réflexion la question de la notification des droits faite aux personnes hospitalisée sans leur consentement en soin psychiatrique. Cette étape, encore peu étudiée dans la littérature, apparaît en effet comme un moment déterminant dans l'affirmation et la reconnaissance des droits. Sans cette information initiale garantie par l'article 14 de la Convention Internationale Relative aux Droits des Personnes Handicapées et par l'article L3211-3 du Code de la santé publique, il est difficile pour les individus de faire valoir leurs capacités juridiques et de se définir comme des citoyen.ne.s acteur.ice.s de soin. Pourtant, comme le montrent différents rapports du CGLPL, cette information n'a rien d'évident. Pour les équipes soignantes qui en ont la charge, contraindre à l'enfermement et, dans le même temps, dire aux « patient.e.s » qu'ils ou elles peuvent s'y opposer serait perçu comme une injonction contradictoire (CGLPL, 2022).

---

<sup>8</sup> Pour une présentation de ce type d'approche en sociologie, tournée vers les usages sociaux du droit, voir : Lascoumes et Serverin (1988) ou plus largement le mouvement des *Legal Consciousness Studies* (Delpuech, Dumoulin et de Galembert, 2014).

## *Une étude du travail normatif autour de la notification des droits*

L'enjeu de cette recherche est ainsi d'interroger ce que les évolutions récentes en matière de judiciarisation font aux pratiques professionnelles et à l'expérience vécue de la psychiatrie hospitalière en tentant de comprendre ce qui se joue lors de cette notification. Sur la base d'une démarche compréhensive centrée sur la parole des personnes impliquées (usager.ère.s ; pair-aidant.e.s ; professionnel.e.s du soin et du droit), l'objectif de cette étude est de mieux cerner les difficultés, les incertitudes éthiques ou organisationnelles éprouvées par les protagonistes à l'occasion de cette mise en information et d'ouvrir des pistes de réflexions ou de solutions afin de parfaire l'accès au(x) droit(s) pour les personnes hospitalisées.

Afin de répondre à ce cahier des charges l'approche adoptée a été pragmatique. Une des tâches assignées consistait en effet à suivre les acteur.ice.s dans leurs opérations critiques en étant sensible à la diversité des schémas de jugement qu'ils et elles pouvaient exprimer vis-à-vis de cette séquence particulière qu'est la notification des droits (Boltanski, 2011 ; Barthe, de Blic et al. 2013). Plus précisément, il s'agissait ici d'être attentif au « travail normatif » engagé par les individus – c'est-à-dire aux évaluations positives ou négatives portées à l'égard de cette procédure et à la manière dont les personnes y étant impliquées cherchaient à définir, par elles-mêmes, la nature des problèmes pouvant y être liés ainsi que les moyens susceptibles d'être initiés pour y faire face au regard de certaines attentes (Dodier et Barbot, 2016).

### *Encadré 1. La notification des droits en psychiatrie. Précision légale.*

Suivant l'article L3211-3 du Code de la Santé Publique :

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques [...] les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques est informée :

- a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article [L. 3211-12-1](#).

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article [L. 3222-4](#) ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article [L. 3222-5](#) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article [L. 1112-3](#) ;
- 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7° D'exercer son droit de vote ;
- 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade ».

Source : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000028016782](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016782)

D'un point de vue sociologique, nous considérerons la notification des droits comme un dispositif<sup>9</sup> intégré à un environnement plus vaste que constitue l'hospitalisation en soin sans consentement. Cette entrée présente plusieurs avantages. Premièrement, elle acte de la dimension nécessairement « contraignante » et programmée que représente, pour l'action individuelle, l'obligation d'information sur les droits. En effet, la notification apparaît comme un point de passage obligé rythmant la vie des équipes hospitalières et des personnes hospitalisées ; celle-ci devant s'effectuer à différents moments de la prise en charge suivant un calendrier précis et pouvant, en cas de défektivité, justifier la levée des mesures d'hospitalisation<sup>10</sup>. Deuxièmement, avec cette approche, nous souhaitons insister sur le caractère hétérogène des éléments qui organisent cette procédure (Barbot et Dodier, 2018). A côté de ces aspects légaux, la notification des droits implique une diversité de choses, à la fois matérielles et relationnelles, nécessaires pour en assurer le déroulement pratique et dont la

---

<sup>9</sup> La notion de dispositif a été abondamment travaillée en sciences sociales notamment depuis les travaux de Michel Foucault (2004). Ici, nous nous inscrivons dans une lecture plus limitée de cette notion en partant de la définition suggérée par Nicolas Dodier et Janine Barbot qui s'en saisissent comme des « enchaînements préparés de séquences, destinés à qualifier ou transformer des états de chose par l'intermédiaire d'un agencement d'éléments matériels et langagiers ». (Dodier et Barbot, 2016 : 431).

<sup>10</sup> Gousset R., Alamowitch N., Mache C. et Gourevitch R. (2020) montrent que, sur la base de 173 décisions, 12% des mains levées prononcées par le Juge des Libertés et de la Détention au sein du GHU de Paris entre 2017 et 2018 sont le fait d'une « information inadaptée » délivrée aux individus au moment de leurs admissions. De même, Godet T., Péchillon E., Biotteau-Lacoste M. et Senon J-L. (2017) montre que sur 117 décisions de main levée recueillies entre 2012 et 2015, 16,7% étaient dues à un défaut d'information concernant les mesures de soins.

rencontre, en situation, peut éventuellement être source de tensions. Troisièmement, réinsérer la notification des droits dans son écologie plus vaste permet de rester ouvert à la façon dont cette procédure interagit ou est mise en interaction par les acteur.ice.s impliqué.e.s avec d'autres dispositifs – cliniques, administratifs ou juridiques.

Dans l'ensemble, une telle posture invite à ne pas restreindre la portée des évaluations opérées par les individus. Ces dernières se déroulent suivant des horizons évidemment différents et il convient, en conséquence, d'être attentif à ce qui constitue, pour chaque acteur.ice.s rencontré.e, les paramètres dignes d'être pointés et problématisés au sujet de la notification des droits faite aux personnes hospitalisées sans leurs consentements. Autrement dit, et comme nous allons le voir dans les pages à venir, les prises de positions effectuées autour de ce dispositif ont pu prendre plusieurs directions. Si certaines tendent à se limiter à quelques composantes précises de ce dispositif – par exemple en se centrant sur la question de la signature des documents ou encore sur le comportement des professionnel.le.s de soin engagé.e.s dans ces situations et leur capacité à répondre aux exigences réglementaires – d'autres se sont opérées au détour de montées en généralité débordant la « simple » notification des droits. Bien souvent, cette problématique n'apparaît jamais seule mais se voit connectée à d'autres présentant, pour les participant.e.s, un degré élevé de concernement. Aussi et à bien des égards, au cours de cette étude, la notification des droits est apparue comme le révélateur d'une série de dysfonctionnements traversant la psychiatrie hospitalière du point de vue des acteur.ice.s, et comme l'occasion pour elles.eux de thématiser une pluralité d'éléments qu'il s'agisse des audiences avec le JLD ; des relations entre le monde médical et le monde juridique ; de la définition du « bon » soin en santé mentale ; ou encore de la question plus générale de la contrainte et de la capacité de nos sociétés contemporaines à composer avec l'altérité humaine.

### ***Methodologie***

Compte tenu de ce qui précède, la méthodologie proposée a été essentiellement qualitative, soucieuse de restituer les façons qu'avaient les personnes impliquées dans le processus de notification de donner sens à leurs activités (Kivits, Balard, Fournier et Winance, 2016). De ce point de vue, il importe de préciser que l'enjeu n'a pas été de produire une analyse structurale qui se situerait à distance du discours des individus, mais au contraire de prendre au sérieux leur travail interprétatif – le rôle de la sociologie se limitant en un effort de synthèse et de rassemblement destiné à cartographier l'espace des attitudes possibles (Dodier, 1994). Trois modalités d'enquête ont ainsi structuré nos dix-huit mois de recherche.

Tout d'abord, nous nous sommes livrés à la conduite d'entretiens auprès de trois catégories d'acteur.ice.s : professionnel.le.s de soin n=19 ; de professionnel.le.s du droit n=10 ; ancien.ne.s usager.ère.s de la psychiatrie et pair-aidants n=10. Pour comprendre comment ces entretiens ont été menés, il est à noter que le style d'enquête initié ici s'est articulé à une démarche inductive répondant, contrairement au raisonnement hypothético-déductif suivant lequel la recherche doit se dérouler par étapes successives (formulation des hypothèses, collectes des

données et validation), à une dynamique d’aller-retour et d’ajustement permanent (Barbot, 2012). L’enquête se veut ici tâtonnante et c’est dans la confrontation constante avec les données issues du terrain que tend à se stabiliser des axes de raisonnement et à se dégager des catégories d’analyses. Dans cette perspective, l’enjeu réside dans l’exploration progressive des pistes émergentes du terrain, si bien qu’il est difficile de dresser en amont la liste exhaustive des thèmes allant nécessairement être abordés en entretien. Non seulement leur identification fait partie intégrante du processus de recherche, mais de plus, un des principes structurant cette approche consiste à ne pas enfermer le discours des personnes dans un script préétabli afin, justement, de rester ouvert à la diversité des éléments pouvant surgir lors des échanges (Clarke, Friese et Washburn, 2018). Cette remarque ne doit cependant pas laisser supposer que la démarche inductive impliquerait nécessairement la tenue d’entretiens non directifs ou non structurés invitant à laisser s’exprimer librement les personnes (Beaud et Weber, 2010) – même s’il est vrai qu’elle est incompatible avec une logique d’entretiens directifs et fortement standardisés au sein desquels l’ensemble des interrogations serait uniformisé et fixé au préalable (Sifer-Rivière, 2016). Dans la recherche EDGAR, nous avons opté pour une solution intermédiaire via la mise en œuvre d’entretiens semi-directifs. Avec ce type d’entretien certaines zones de questionnement étaient pensées à l’avance mais leur apparition et leur formulation en situation restaient libres, dépendant en partie du déroulement interactionnel de la rencontre et des points que les participant.e.s avaient d’eux-mêmes ou d’elles-mêmes envie d’explorer<sup>11</sup>.

Dans leurs conceptions, ces entretiens se sont vus attribuées deux missions principales. Il s’agissait par ce médium 1) d’avoir accès aux pratiques sociales entourant les actes de notifications des droits ainsi qu’à l’expérience des individus y étant confronté ; 2) d’appréhender le système de représentations et de valeurs engagé au contact de cette procédure. En d’autres termes, les entretiens ont été investis comme un espace de transcription, par la parole, des pratiques et des expériences – l’entretien sociologique apparaissant sur ce point comme un dispositif parmi d’autres de représentation des actions passées (Dodier, 1990) – mais aussi comme espaces critique au sein desquels les individus étaient invités à exercer leur sens critique.

Ensuite, la recherche s’est articulée à la réalisation de *focus groups* et d’ateliers de réflexion collectives au cours desquels différent.e.s participant.e.s étaient invité.e.s à s’exprimer. Cette démarche, complémentaire des entretiens individuels (Kitzinger, 1995 ; Gibbs, 1997), avait plusieurs finalités. En effet, le *focus groups* peut être « descriptif » lorsqu’il vise à comprendre les motivations, les points de vue de chacun. Il constitue, dans cette acception, un espace de débat et de discussion où les acteur.ice.s sont amené.e.s à statuer et à

---

<sup>11</sup> En ce sens, le guide d’entretien ne saurait être une recension fidèle de questions préformatées devant organiser la situation d’entretien. Il s’agit d’avantage d’un outil hybride et évolutif : il « accompagne l’exploration progressive du terrain et intègre, en même temps les connaissances qui en sont issues » (Barbot, 2012 : 126).

problématiser collectivement les états de choses. Ensuite, dans son versant « interventionniste », il a pour objectif d'inviter les participant.e.s à élaborer des propositions sur le sujet les concernant directement ou indirectement et pour lesquels ils estiment nécessaire que des solutions soient entreprises. Dans cette deuxième acception, le *focus groups* apparaît alors comme un « dispositif de réflexivité » (Lannoy et Nijs, 2016) : un espace où les personnes délimitent les horizons du possible et du souhaitable dans une logique de croisement des savoirs, des expériences et des perspectives de chacun.e.

Quatre ateliers de la sorte ont été organisés : un par catégorie d'acteur.ice.s dont un « mixte » regroupant les différentes populations. Bien que s'adressant à des publics différents, ces rencontres se sont déroulées autour d'une trame similaire scindée en deux temps. Le premier était destiné à la restitution de résultats issus de la recherche. L'enjeu était ici de présenter aux participant.e.s de premières analyses exploratoires en nous appuyant sur les entretiens individuels menés en amont. Si cette démarche répondait, dans une certaine mesure, à une logique de validation, elle avait également pour objectif de rythmer les échanges en servant de support d'approfondissement, de recadrage et de re-problématisation. Le second temps des ateliers répondait quant à lui à une démarche se voulant plus libre et était davantage tournée vers une logique de résolution. L'enjeu était ici d'échanger collectivement sur les façons dont il était ou non possible d'améliorer la mise en information des personnes hospitalisées au sujet de leur droits et d'assurer, plus largement, une meilleure prise en compte des droits à l'hôpital.

### ***Encadré 2. EDGAR, un ancrage participatif ?***

Dans la littérature scientifique, internationale comme celle produite en France, l'implication des acteur.ice.s de terrain dans les recherches qui les concernent est de plus en plus discutée, partagée et structurée. Cette approche vise à favoriser une dynamique de croisement des regards et des expertises entre les chercheur.euses et les acteur.ices des terrains étudiés. Il ne s'agit pas seulement de recueillir des informations auprès des personnes concernées par le sujet de l'étude, mais de permettre à ces dernières de contribuer au développement de la recherche et à la construction de connaissances nouvelles (Wallernstein et Duran, 2010). Il existe aujourd'hui un large champ sémantique pour rendre compte de cette méthodologie, traduisant également une diversité de manières d'envisager la collaboration entre chercheur.euses et acteur.ices « communautaires » (Demange, Henry et Préau, 2012). La démarche initiée dans le projet EDGAR s'inscrit, jusqu'à un certain point, dans cette philosophie participative du fait de l'élaboration, en co-construction, de sa problématique et de sa méthodologie.

Dans son design le projet a ainsi été élaboré par des acteur.ices issu du monde associatif et de la recherche dans une perspective commune de contribuer à la production de connaissances scientifiques mais aussi de transformer, *in fine*, les résultats de la recherche en action. De cette dynamique, s'est constitué une méthode d'enquête de terrain. L'enjeu était à la fois d'accéder aux discours et aux expériences des différent.e.s acteur.ices impliqué.e.s autour de la notification de droits mais également de permettre à ces mêmes

individus 1) d'interroger les résultats produits au cours de la recherche et 2) de participer à l'élaboration de propositions pratiques.

Comme évoqué précédemment, les *focus groups* imaginés dans le projet EDGAR avaient ce double objectif. Il s'agissait certes, par leur intermédiaire, de recueillir le point de vue des participant.e.s sur la notification de droits au cours d'une discussion collective, mais surtout de faire réagir ces mêmes participant.e.s sur des résultats et pistes d'analyses afin de les approfondir et de les ajuster et de voir ces temps de réunion comme des ateliers orienter vers l'élaboration de solution.

Toutefois, cet étude n'a pas été l'occasion d'impliquer activement les acteur.ice.s de terrains dans le recueil de données et la rédaction du présent rapport a été réalisé en grande partie par Jean Bienaimé.

Enfin, une troisième zone d'investigation s'est concentrée sur l'étude des débats ayant accompagné la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière en France durant les années 2010. Notamment, il s'agissait d'interroger les conditions d'élaboration et de réception de la loi du 5 juillet 2011 en prenant comme unité d'analyse les controverses ayant agité l'arène médiatique et plus particulièrement la presse écrite entre les années 2007 et 2012. Cette extension des périmètres de la recherche nous semblait importante à plus d'un titre. En effet, même si cette dimension a pu bénéficier d'une certaine attention de la part des sciences sociales, il nous paraissait nécessaire de l'éprouver par nous-mêmes. Dans un souci de contextualisation socio-historique, ce détour nous permettait d'identifier les épisodes marquants ayant jalonné la réforme des soins psychiatriques contraints en France et d'approcher, en première intention, l'hétérogénéité des ordres de discours engagés autour de la loi du 5 juillet 2011. Par ailleurs, sur le plan analytique, il nous paraissait possible de faire l'hypothèse que le répertoire critique et normatif exprimé à l'occasion de ces débats pouvait se retrouver en partie aujourd'hui dans les façons qu'avaient les personnes de composer avec la notification des droits.

Au total, le corpus étudié comprend 234 articles issus de trois grands quotidiens – *Le Monde*, *Libération* et *Le Figaro* – pour un volume total d'un peu moins de 300 pages. Le choix de ces journaux s'explique au regard de leurs impacts à la fois symbolique et médiatique ; ces derniers constituant les principales sources d'information écrite en matière d'actualité nationale et offrant la possibilité d'appréhender les différentes orientations politiques ayant structuré l'espace des controverses. Le recueil de ces données s'est opéré via le site internet de chacun de ces quotidiens. Un seul mot clé a été utilisé : celui de « psychiatrie ». Celui-ci, nécessairement vague et généraliste laissait alors entrevoir une diversité de contenu ne se focalisant pas exclusivement sur la seule loi du 5 juillet 2011. Cette manière de procéder fut intéressante car elle garantissait de rester ouvert à la nature des rapprochements opérés par les acteur.ice.s impliquées dans ces débats entre, d'un côté, le mouvement de réforme rencontré par la psychiatrie hospitalière, et de l'autre, les évolutions – thérapeutiques, scientifiques ou économiques – que ce domaine médical semblait rencontrer au cours de la période.

Suivant les principes de la *grounded theory* (Glaser et Strauss, 1967) l'analyse de ce corpus est passée par une logique d'allers-retours entre des sources prises dans leur singularité et une

comparaison systématique de l'ensemble des données. Concrètement il s'agissait, d'engager une lecture chronologique des textes, de les analyser individuellement, puis de les mettre en série. Par exemple pour l'année 2007, nous avons traité un à un l'ensemble des documents issus du *Monde*, puis nous les avons comparés à ceux produits par *Libération* et *le Figaro* ; avant de passer à l'année suivante et ce jusqu'au 1 janvier 2012. Cette manière de faire permettait de voir comment un même évènement pouvait faire l'objet d'un traitement différencié et comment ces journaux abordaient l'actualité sous des angles différents en sélectionnant, dans la somme des épisodes en présence, ceux susceptibles de faire l'objet d'une mise en discours. Il est à noter que la démarche analytique a été sensiblement la même concernant les entretiens semi-directifs et les *focus groups*. L'enjeu a été d'analyser chacun de ces documents comme des entités autonomes pour, ensuite, les mettre en résonance à l'échelle du corpus global afin de procéder à une analyse comparative et thématique.

### **Plan du rapport**

Ce rapport est organisé en trois parties. La première examine les discussions qui, dans la presse, ont structuré l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011. La seconde partie, se focalise sur les entretiens que nous avons réalisés avec les professionnel.le.s de soin au sujet de la notification des droits et explicite les formes de difficultés éprouvées par ces acteur.ice.s dans sa mise en œuvre. La troisième partie, explore enfin quelques-uns des registres critiques formulés de façon récurrente, par l'ensemble participant.e.s à la recherche, au sujet de ce dispositif en tentant de clarifier les attentes normatives associées à chacun d'eux. En conclusion, et sur la base de ces éléments, nous tenterons d'extraire les principales perspectives émises par les personnes rencontrées et de formuler les différentes pistes de recommandation afférentes.

## I/ Les logiques de la loi dans la presse

Dans cette première section, nous allons revenir dans les grandes lignes sur les investigations que nous avons pu mener dans la presse. Cette partie vise surtout à retracer les négociations et les transformations qui ont mené à la loi du 5 juillet 2011 en prenant comme unité d'analyse les controverses ayant accompagné le projet de réforme initié par le gouvernement en 2008. D'une part, il s'agit, à partir d'une perspective socio-historique, de faire la genèse de la loi de 2011 en étant attentif à son contexte politique. D'autre part, de faire un premier repérage du sens critique engagé autour de cette loi.

Le point de départ de cette analyse consistait à appréhender la réforme de 2011 comme un moment d'innovations procédurales particulièrement important pour la psychiatrie hospitalière. Avec cette loi, et comme le montre la littérature abordée en introduction, c'est non seulement un mouvement de judiciarisation du travail psychiatrique qui se met en place, mais aussi une restructuration plus globale, à la fois organisationnelle et administrative, des hospitalisations sous contrainte. La loi de 2011 introduit dans son sillage de nouveaux dispositifs dans les pratiques soignantes : naissance des programmes de soin en ambulatoire, obligation d'information sur les droits, audiences avec le Juge des Libertés et de la Détention, émergence de nouvelles formes de certification, naissance d'une nouvelle catégorie administrative autorisant la possibilité de soins contraints<sup>12</sup>, etc. Cette réforme a ainsi eu pour effet de redessiner l'environnement social et institutionnel des hôpitaux psychiatriques et de modifier les relations existantes entre le droit, la médecine et l'Etat (Demailly et Autès, 2012). Partant de ces constats, plusieurs interrogations ont motivé cette phase documentaire : quels événements ont poussé les pouvoirs publics à repenser les manières d'exercer la contrainte dans le champ psychiatrique ? Comment cette réforme et ces innovations ont-elles été reçues par les acteur.ice.s de la psychiatrie ? Comment ces dernier.ère.s en ont évalué le bien-fondé et la pertinence ?

Pour y répondre, l'enquête s'est donc focalisée sur l'étude des débats s'étant donné à voir dans l'arène médiatique – plus particulièrement la presse écrite généraliste – entre 2007 et 2012. Le choix de passer par la presse écrite comprenait une justification théorique. En effet, l'arène médiatique peut être vue comme un type particulièrement « pure » d'arène publique<sup>13</sup> étant

---

<sup>12</sup> Parallèlement aux Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) et aux Soins psychiatriques sur Décisions du Représentant de L'Etat (SPDRE), la loi du 5 juillet 2011 introduit les Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPPI). Cette dernière modalité d'hospitalisation s'effectue sur décision du directeur de l'hôpital lorsque les personnes se trouvent en situation de « péril imminent ». Pour certain.e.s auteur.e.s, cette modalité permet d'expliquer en partie l'augmentation du recours aux soins contraints en psychiatrie. Voir : Coldefy et *al.* (2022).

<sup>13</sup> La notion d'arène et, plus particulièrement, d'« arène publique » est employée en sociologie pour qualifier des espaces de ressources et de contraintes institués où se font et se défont les problèmes publics. Une arène correspond

donné que, à la différence par exemple des arènes doctrinales ou médico-scientifiques, elle ne clôt pas *a priori* la listes des personnes pouvant s’y exprimer (Dodier, 1999). Ce faisant les acteur.ice.s ayant pris position dans cet espace ont pu appartenir à différentes catégories sociales. Il pouvait s’agir tout autant de soignant.e.s, de personnalités politiques, d’intellectuel.le.s, d’associations et de collectifs militants, de juristes ou plus simplement encore de journalistes se sentant fortement concernés par le sujet. De la sorte, ces productions médiatiques ont bénéficié d’un triple statut. Elles avaient une valeur informative car permettaient d’accéder aux événements politique ayant rythmé la loi du 5 juillet 2011 – de ces prémisses jusqu’à sa promulgation et sa mise en œuvre. Ensuite, ces articles de presse ont été saisis comme des mises en intrigue à part entière, des manières spécifiques qu’avaient les journalistes de travailler la question de l’hospitalisation sans consentement en psychiatrie dans son rapport au(x) droit(s). Enfin, ces données ont été analysées comme des « fenêtres » permettant d’accéder aux positionnements d’acteur.ice.s hétérogènes.

Suivant l’inscription pragmatique dans cette recherche, nous avons envisagé ces controverses comme des moments de disputes au cours desquels les acteur.ice.s ont cherché à faire valoir leur sens moral (Pharo, 2004 ; Boltanski, 2009). Dans ce cadre, l’objectif était pour nous de saisir des opérations critiques émises par les personnes engagées dans ces débats en étant sensible à la façon qu’elles avaient d’en évaluer le bien-fondé et la pertinence normatives.

De façon schématique, il ressort que le travail critique exprimé dans la presse a pris deux directions principales. Les acteur.ice.s (politiciens, juristes, médecins ou encore associations de personnes concernées) ont tout d’abord eu à statuer sur l’utilité de la loi et la légitimité qu’il y avait de vouloir réformer le champ de la psychiatrie hospitalière. Si, sur ce point, les personnes engagées dans ces discussions ont toutes estimé qu’une révision de la loi de 1990 était nécessaire, il apparaît néanmoins que des divergences ont pu se donner à voir quant aux manières dont il était possible de conduire cette réforme. À un premier niveau donc, le sens critique s’est concentré, logiquement, sur le contenu de la réforme et la nature des changements qu’elle entendait mettre en œuvre. Parallèlement à cet aspect essentiel, un deuxième concerne, d’une façon plus générale, la psychiatrie française et les mutations tantôt économiques, tantôt épistémiques, que cette spécialité a pu rencontrer au carrefour des années 2000. Ce contexte est celui de la valorisation grandissante, au sein des instances régulatrices de la profession, de la psychiatrie des preuves et des approches thérapeutiques d’orientation psychopharmacologique et biomédicale se posant en contre vis-à-vis des perspectives analytiques jugées moins efficaces (Dodier et Rabearisoa, 2006 ; Champion, 2008 ; Henckes, 2015 ; Forner Ordioni, 2019). S’ils ne concernent pas directement la loi du 5 juillet 2011, ces éléments ont cependant joué un rôle

---

à un espace d’interaction et d’interlocution au sein desquels les personnes se livrent à des récits descriptifs et interprétatifs concernant les situations qu’elles jugent problématiques, et élaborent des horizons d’attentes à destination d’un auditoire qu’elles tentent de convaincre et d’enrôler. Sur cette notion voir notamment : Cefaï (1996) ; Hilgartner et Bosk (1988).

dans les manières qu'ont pu avoir les professionnel.le.s de santé de fixer leur positionnement et d'inscrire la réforme souhaitée par le gouvernement dans une narration historique.

Surtout, il apparaît que ces deux zones de tensions ont fait se rencontrer trois logiques organisatrices de l'espace des controverses. Nous empruntons ici le terme de « logique » à Annemarie Mol (2009) pour décrire des agencements relativement stabilisés de discours, d'objets et de références normatives permettant aux individus de déterminer le sens de leurs actions et d'orienter leurs positionnements. Au sens de Mol, une logique correspond à un « modèle d'ordonnement » du monde et des états de choses : une manière particulière de définir les cibles de l'action psychiatrique et d'en attribuer certaines finalités. Dans cette partie, nous esquisserons chacune de ces logiques, en tentant de synthétiser les principales lignes argumentatives qu'elles ont pu déployer.

## 1) La logique de la sécurité

Une première renvoie à ce que l'on pourrait appeler *la logique de la sécurité*. Celle-ci fait partie intégrante du projet de réforme annoncée par le gouvernement à partir de 2008 et cristallisera l'essentiel des oppositions formulées à l'encontre de la loi de 2011. Elle a comme caractéristique d'insister en priorité sur les missions répressives attachées à l'hôpital psychiatrique et de s'articuler à un discours de l'ordre mêlant deux références normatives : une *attente de protection* tournée vers l'évacuation du risque de violence perpétrée, dans l'espace public et dans les unités de soin, par les personnes psychiatisées ; une *attente de justice* centrée sur la réparation, via le recours au procès pénal, des dommages éprouvés par les personnes qui en seraient victimes.

### Affaires et faits divers

La volonté exprimée par le gouvernement de repenser les conditions d'hospitalisation en psychiatrie se manifeste à la suite de l'affaire Dupuy qui a vu, en 2004, une personne hospitalisée assassiner une infirmière et une aide-soignante. À la suite de cet évènement, Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'Intérieur, dépose un projet de loi relatif à la prévention de la délinquance. Ce texte, qui entendait reformer une partie du système pénal afin de prévenir les risques de récidive, contenait plusieurs dispositions (articles 18 et 24) touchant la psychiatrie hospitalière et prévoyait d'améliorer la sécurité dans les services de santé en durcissant les conditions de sorties temporaires ou définitives. Par ailleurs, il s'agissait avec ce document d'étendre les prérogatives des maires et des préfets au sujet des hospitalisations d'office et de créer un fichier recensant, pour cinq ans et à l'échelle nationale, les personnes ayant été hospitalisées en raison de troubles à l'ordre public. Dénonçant « *l'amalgame inacceptable*

[...] *entre maladie mentale et délinquance* »<sup>14</sup>, ces propositions furent largement décriées par les professionnel.le.s de soin et finalement avortées en 2007.

La relance de ce projet se fera l'année suivante à l'occasion d'un nouveau fait divers « *dramatique* »<sup>15</sup>. Le 12 novembre 2008, un étudiant est poignardé par un « *patient schizophrène, échappé de l'hôpital de Grenoble* »<sup>16</sup> à l'occasion d'une sortie d'essai. Nicolas Sarkozy, devenu président de la République, se saisit de l'affaire et, dans un discours donné à l'hôpital Erasme d'Antony qui marquera durablement les esprits, charge Roselyne Bachelot et Michèle Alliot-Marie – respectivement ministre de la Santé et ministre de l'Intérieur – de rédiger un projet de loi.

La réforme de la psychiatrie hospitalière initiée au détour des années 2010 a ainsi été indissociable de la présence, dans la presse, d'événements tragiques ou d'affaires judiciaires impliquant des personnes psychiatisées. Le fait divers occupe une place importante dans l'actualité médiatique de l'époque et, dans les corpus étudiés, *Le Figaro* est certainement le journal à avoir le plus fortement commenté ce genre d'événement<sup>17</sup>.

Souvent bref et rédigé sur un ton se voulant neutre, ces documents ont comme particularité de s'articuler à des opérations de figuration présentant les individus vivant avec des « troubles » psychiatriques comme des délinquants ou des criminels en puissance vis-à-vis desquels il conviendrait de se protéger ; et il n'est pas rare de voir dans ces pages apparaître le portrait du « monstre » dangereux bien décrit par Michel Foucault (1999). Les termes de « *déséquilibré* »<sup>18</sup> et de « *forcené* »<sup>19</sup> sont régulièrement utilisés pour décrire les individus et la restitution de leurs actes, qualifiés par moment de « *folie meurtrière* »<sup>20</sup>, d'« *innommables* »<sup>21</sup> ou encore de « *barbares* »<sup>22</sup>, charrient une forme spécifique de « hantise » (Stavo-Debauge, 2003) centrée sur l'horizon de la violence arbitraire, du meurtre brutal et insensé. Revenant sur l'affaire Valentin en août 2008, voici par exemple ce qu'écrivait *Le Figaro* :

*« L'énigme entourant le crime du petit Valentin, retrouvé massacré à l'arme blanche à Lagnieu (Ain) dans la nuit du 29 au 30 juillet dernier, est en partie levée. Lundi après-midi, le meurtrier présumé de 39 ans et sa possible complice, Noëlla Hego, 49 ans, ont vu leur garde à vue prolongée à la caserne Chateaubriand de Bourg-en-Bresse. [...] Sans passer aux aveux, les suspects ont reconnu leur*

---

<sup>14</sup> Prieur C. « Médecins et psychiatres dénoncent le projet de loi prévention de la délinquance ». *Le Monde*. 06/10/2006.

<sup>15</sup> Prieur C. « Après un fait divers, Nicolas Sarkozy relance une réforme retirée en 2007 ». *Le Monde*. 02/12/2008.

<sup>16</sup> « Psychiatrie en détresse ». *Le Monde*. 20/11/2008.

<sup>17</sup> Sur les 115 articles à notre disposition émanant de ce journal, la moitié d'entre eux revient sur des affaires de ce type.

<sup>18</sup> « Un déséquilibré suspecté de meurtre ». *Le Figaro*. 14/02/2010.

<sup>19</sup> « Un Forcené tue un passant à Clichy-la-Garenne ». *Le Figaro*. 10/12/2009

<sup>20</sup> Négroni A. « Grenoble : le déséquilibré avait frappé au même endroit ». *Le Figaro*. 17/11/2008.

<sup>21</sup> Delahousse M. « La loi de sûreté applicable au meurtrier présumé de Valentin ». *Le Figaro*. 05/08/2008.

<sup>22</sup> « Canada : un cannibale jugé irresponsable ». *Le Figaro*. 06/03/2009.

*présence dans le secteur du drame au moment où le corps de Valentin a été retrouvé [...], lardé de 44 coups de couteau et présentant 11 autres blessures de défense. Dans la sauvagerie du crime, l'auteur s'est d'ailleurs lui-même blessé avec son arme blanche. [...] Jusqu'alors inconnus de la justice, en totale rupture de ban avec la société, ces routards sillonnent depuis des années chemins vicinaux et routes départementales de France en allant de paroisse en paroisse et de cure en cure. [...] David Galtier, patron de la police judiciaire de la gendarmerie [tente de] déterminer si Moitoret pourrait être un nouveau tueur en série. Quelques heures avant que Valentin ne soit mis à mort, Moitoret avait évoqué à un témoin effrayé une « liste noire des gendarmeries où il y a le plus de problèmes ». En désignant celle de Lagnieu, le psychopathe avait lâché : « Vous allez voir ce qui va arriver... » »<sup>23</sup>.*

La logique de la sécurité s'est en grande partie constituée au contact de ce type d'affaires. Au cours de la période, l'ensemble des acteur.ice.s s'y étant investi.e.s ont, à un moment ou à un autre, fait référence à des événements similaires, passés ou présents, afin de rappeler l'urgence qu'il y avait selon elles.eux de réformer la psychiatrie hospitalière.

Les faits divers constituaient en ce sens un stock d'épreuves facilement mobilisables dont le seul point commun était de mettre en scène des faits de violences réalisés par des personnes hospitalisées en psychiatrie ou ayant eu un passé de psychiatisé. Les histoires relatées pouvaient être assez diverses – reposant sur des crimes ou des délits de différentes natures (meurtres et infanticides notamment) ayant eu lieu en France ainsi que dans d'autres contextes nationaux comme la Grèce, la Belgique ou le Canada – et étaient l'occasion pour ces acteur.ice.s de pointer les dysfonctionnements que semblaient rencontrer la psychiatrie dans ses missions de préservation de l'ordre social. Un des éléments les plus problématiques présents dans ces textes concernait la facilité apparente avec laquelle les personnes hospitalisées d'office parvenaient à « s'évader »<sup>24</sup> des dispositifs de soin et donc, dans l'incapacité de la psychiatrie à tenir entre ses murs les personnes « susceptibles de représenter un danger pour autrui »<sup>25</sup>. Se référant au rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) rédigé à la suite de l'affaire Dupuy, un article du *Figaro* estimait par exemple qu'« un détenu dangereux interné sur huit avait disparu dans la nature » en 2005 et ponctuait son propos de la façon suivante : « La prison ne sait pas les soigner et l'hôpital ne peut pas les retenir. Ce chiffre impressionnant met en lumière la faillite du système psychiatrique dans le suivi des malades mentaux »<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Cornevin C. « Valentin : le suspect, un routard « dangereux » ». *Le Figaro*. 05/08/2008.

<sup>24</sup> « Albi : évadé de l'hôpital psychiatrique ». *Le Figaro*. 22/03/2008. Sur le plan langagier la logique de la sécurité se reconnaît dans la manière qu'elle a de recourir à un vocabulaire issu du monde carcéral. On ne parle pas ici de « fugues » mais bien d'« évasions ». Parfois même le terme de « détenus » est utilisé à la place de celui de « patients » pour qualifier les personnes hospitalisées sans leur consentement.

<sup>25</sup> Sarkozy N. Cité In. O.W. « Sarkozy veut créer un fichier des hospitalisations d'office ». *Le Figaro*. 13/11/2008

<sup>26</sup> De Charette L. « Les inquiétantes failles de l'hospitalisation d'office ». *Le Figaro*. 04/04/2008.

## L'attention aux victimes et le problème de l'irresponsabilité pénale

Parallèlement à ces figurations et à la nécessité exprimée d'agir en faveur d'une meilleure protection de l'ordre public en limitant la survenue de tels actes, la logique de la sécurité a eu comme particularité de s'articuler à un travail de « blaming » (Felstiner, Abel et Sarat, 1991) centrée sur l'identification des responsabilités à l'origine des drames dans la perspective de sanctions éventuelles.

Au lendemain du drame de Grenoble, Nicolas Sarkozy confie à l'IGAS le soin de mener une enquête afin d'identifier les défaillances commises et de comprendre « *comment ce patient, hospitalisé sous le régime sévère de l'hospitalisation d'office, avait pu quitter l'établissement* »<sup>27</sup>. Dans la presse, plusieurs interrogations demeurent – « *y avait-il eu légèreté de la part des services, voire une faute à l'entrée de l'hôpital ? Et quid de l'éventuelle mauvaise appréciation médicale de l'état de santé de ce patient ?* »<sup>28</sup> – et, de leur côté, les parents de la victime, « *abasourdis* » et « *effarés* », demandent que les « *responsables de « cet échec médical et administratif » soient mis en cause* »<sup>29</sup>. Le directeur de l'hôpital de Grenoble sera alors démis de ses fonctions et, dans son rapport, l'IGAS insistera sur les négligences et les imprudences du corps médical, estimant que l'autorisation de sortie d'essai n'aurait pas dû être accordée :

*« L'état psychique du malade mental aurait dû au contraire, selon la mission, inciter l'équipe psychiatrique « à une plus grande prudence » et à « une limitation de liberté ». « Un faisceau d'arguments plaidait en faveur d'un risque réel de passage à l'acte », indique l'Igas, qui pointe les antécédents de violence du schizophrène, ses fugues, son état mental au cours des trois mois précédant le drame, mais aussi les conclusions des expertises. Des questions se posent aussi sur l'autorisation de sortie accordée au patient par son psychiatre le 21 juillet 2008, alors qu'un autre médecin avait diagnostiqué, cinq jours plus tôt, une « reprise des phénomènes hallucinatoires » et « des voix » lui demandant de tuer un autre patient pour se libérer »<sup>30</sup>.*

Ce souci de mise en cause doit être mis en rapport avec la volonté du Chef de l'Etat de ne « *pas rester inactif devant la douleur des victimes* »<sup>31</sup> et, plus largement, avec la question de la reconnaissance des victimes dans la sphère juridique. En effet, si le procès pénal s'est en partie construit au travers « d'une mise à distance progressive des victimes supposées animée par un

---

<sup>27</sup> Favereau E. « Troubles chez les directeurs d'hôpitaux psychiatrique ». *Libération*. 20/11/2008.

<sup>28</sup> Ibid.

<sup>29</sup> Chayet D. « Les parents de l'étudiant tué à Grenoble portent plainte ». *Le Figaro*. 27/11/2008.

<sup>30</sup> Chayet D. « Les médecins mis en cause après le crime d'un dément ». *Le Figaro*. 24/10/2009.

<sup>31</sup> Sarkozy N. Cité In. Prieur C. « Après un fait divers, Nicolas Sarkozy relance... ». *Art. Cit.*

désir de vengeance » (Barbot et Dodier, 2014 : 407), ces dernières décennies ont été marquées par une réévaluation de la place qu'elles pouvaient y occuper en lien notamment avec un élargissement des finalités associées aux procès et l'affirmation de leur visée reconstructive et thérapeutique (Barbot et Dodier, 2023).

Dans le champ de la psychiatrie et des violences commises par des personnes présentant des « troubles » psychiques, cette reconnaissance des victimes et des familles de victimes aura pour effet de rendre problématique la possibilité du non-lieu psychiatrique garanti par l'article 122-1 du code pénal jugeant non-« *responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* ». Autrement dit, un des enjeux qui se pose au début des années 2010 touchait à l'irresponsabilité pénale pour motif psychiatrique et aux effets de cette irresponsabilité sur les victimes. Dans le corpus étudié, ce problème se donne à voir de façon assez récurrente. La justice est dite « *embarrassée* »<sup>32</sup>, voire « *démunie face aux malades mentaux* »<sup>33</sup> et des mobilisations collectives regroupant diverses associations s'organisent afin que « *justice soit rendue* »<sup>34</sup> autour de certaines affaires. Une interview donnée au *Figaro* exprime bien ce mouvement des responsabilisations pénales et la « *tendance accusatrice* » (Protais, 2016) que rencontre le monde de la santé mentale au cours de la période. Revenant sur une affaire à caractère antisémite, l'avocat de la famille estimait que la décision de non-lieu était :

*« Inacceptable non seulement pour la partie civile, mais aussi pour la société [...]. Le dispositif légal actuel ne permet pas de prendre en charge efficacement les malades mentaux, il faut le savoir : le parquet et les politiques doivent prendre leurs responsabilités. [...] La société est démunie lorsqu'un malade mental décide de ne plus suivre son traitement, alors que la médecine manque de moyens pour le suivi des intéressés. Il est urgent de trouver des solutions avant que d'autres drames ne surviennent [...]. Je maintiens qu'une irresponsabilité psychiatrique ne peut être retenue quand [...] le malade mental connu et traité comme tel cesse délibérément de se soigner, préférant sciemment abuser de l'alcool et du cannabis plutôt que de prendre ses médicaments, alors qu'il avait été mis en garde par ses médecins »<sup>35</sup>.*

---

<sup>32</sup> Durand-Souffland S. « Ces malades mentaux qui embarrassent la justice ». *Le Figaro*. 02/12/2012

<sup>33</sup> « La justice est démunie face aux maladies mentales ». *Le Figaro*. 05/01/2010.

<sup>34</sup> Delahousse M. « La loi de sûreté applicable au meurtrier présumé de Valentin ». *Le Figaro*. 05/08/2008.

<sup>35</sup> « La justice est démunie face... ». *Art. Cit.*

## Un plan de sécurisation pour les hôpitaux psychiatriques

Afin de résorber cette situation et de répondre aux attentes de justice portées par les victimes ou leurs porte-paroles ainsi qu'à celle de protection de l'ordre public, le gouvernement formula une série de mesure.

Concernant en premier lieu l'attention aux familles de victimes, Nicolas Sarkozy estimait important de « *veiller à ce que les victimes aient droit à un procès* »<sup>36</sup>. Cette déclaration, qui faisait suite à la décision de non-lieu psychiatrique prononcée dans le cadre de l'affaire Dupuy, conduira le gouvernement à réformer le Code de la Procédure Pénal en instaurant la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à l'irresponsabilité pénale. Cette réforme proposait d'instaurer une audience devant la chambre d'instruction, de faire comparaître les auteur.e.s de crimes présumés vivant avec un « trouble » psychique et d'inscrire les décisions rendues, même en cas d'irresponsabilité avérée, dans leur casier judiciaire tout en prévoyant des mesures de sûreté.

Au regard cette fois-ci de l'attente de protection, le chef de l'Etat annonça, quelques jours après les événements survenus à Grenoble, un vaste plan d'actions comprenant trois orientations principales.

Tout d'abord, il s'agissait pour le gouvernement de débloquer une enveloppe de 70 millions d'euros dédiée à la sécurisation des établissements psychiatriques. Ce budget prévoyait notamment la mise en place de dispositifs de géolocalisation « *capable[s] de donner l'alerte en cas de fugues* »<sup>37</sup> ; la création d'un fichier national regroupant, sur le territoire, les hospitalisations d'offices ; le développement de la vidéosurveillance dans les services de santé ; l'aménagement de 200 nouvelles chambres d'isolement pour les « *patients [pouvant] avoir des accès de violence envers le personnel* »<sup>38</sup> et le déploiement de nouvelles Unités pour Malades Difficiles (UMD)<sup>39</sup>. Sur le volet législatif, l'enjeu était en outre de repenser, tout en les durcissant, les conditions des sorties pour les personnes hospitalisées d'office. Considérant que « *l'espérance parfois tenu d'un retour à la vie normale ne peut primer sur la protection de nos concitoyens* »<sup>40</sup>, Nicolas Sarkozy jugeait inconcevable que ces décisions ne soient prises que sur avis du psychiatre traitant. Du son point de vue, la décision devait revenir au corps préfectoral après avis d'un collègue constitué d'au moins trois soignants dont un psychiatre extérieur à l'unité d'hospitalisation et après évaluations de deux procureurs de la république<sup>41</sup>. Avec cette mesure, il s'agissait pour le gouvernement de réarticuler l'économie des pouvoirs

---

<sup>36</sup> Sarkozy N. Cité In. C.M. « Double meurtre de Pau : Dupuy ne sera pas jugé ». *Le Figaro*. 14/12/2007.

<sup>37</sup> O.W. « 70 millions pour sécuriser les hôpitaux psychiatrique ». *Le Figaro*. 02/12/2008.

<sup>38</sup> Prieur C. « Le président de la république engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire ». *Le Monde*. 03/11/2008.

<sup>39</sup> Sur ces unités et la manière dont les professionnel.le.s de soin s'en saisissent et les font fonctionner au détour d'enjeux sécuritaire et sanitaire, voir : Velpy, 2016.

<sup>40</sup> Prieur C. « Le président de la république engage l'hôpital psychiatrique... ». *Art. Cit.*

<sup>41</sup> O.W. « 70 millions pour sécuriser ... ». *Art. Cit.*

entre préfets et médecins, en cantonnant ces derniers à un rôle d'expertise dont les conclusions ne pouvaient être que consultatives. Comme il le disait très clairement dans son discours à Antony :

*« L'exercice collégial est la clé de la réforme. L'avis des experts est indispensable, mais je veux poser la question des experts. Les experts donnent leur avis mais la décision, ce doit être l'Etat, ou dans certains cas la justice, mais pas l'expert. Je ne suis pas pour une société d'experts : les experts en comptabilité, les experts en bâtiment, les experts en médecine, les experts encore toujours. Mais il y a un Etat, une justice, qui doivent trouver un équilibre entre des intérêts contradictoires et des points de vue contradictoires. Et le patricien doit pouvoir donner son avis de patricien : à son avis, cette personne est-elle capable de sortir, en a-t-elle besoin pour être soignée. Cette appréciation-là, cette conviction-là, sont parfaitement nécessaires et respectables, mais il faut qu'elles soient confrontées à une autre appréciation, celle de celui qui a à garantir l'ordre public et la sécurité des autres »<sup>42</sup>.*

Enfin, dans son annonce de réforme, Nicolas Sarkozy formula l'idée des soins contraints en ambulatoires. Estimant que son devoir était de « protéger la société », le Chef de l'Etat expliquait refuser que « des gens dangereux se retrouvent dans la rue »<sup>43</sup>. En conséquence, cette mesure, présentée comme une « obligation de soin », répondait explicitement à un enjeu de protection, même si elle comprenait également une dimension sanitaire :

*« De même qu'il existe l'hospitalisation sans consentement, il faut qu'il y ait des soins ambulatoires sans consentement. C'est l'intérêt même du patient et de sa famille. L'obligation de soins doit être effective même en cas d'absence ou de défaut de la famille. On ne peut pas laisser seul un patient qui a un besoin manifeste de soins et qui peut, parfois, refuser de s'y soumettre. Je connais bien le principe : nul ne peut être soigné sans son consentement. Encore faut-il que son consentement soit lucide. Vaste débat, me direz-vous, mais j'ai des obligations de résultats vis-à-vis de la société. Peut-on laisser des gens qui ont besoin d'être soignés sans être soignés, simplement pour la liberté qu'ils peuvent avoir de se détruire ? »<sup>44</sup>.*

---

<sup>42</sup> Sarkozy N. Discours prononcé le 02/12/2008 à Antony.

<sup>43</sup> Sarkozy N. Cité In. O.W. « 70 millions pour sécuriser ... ». Art. Cit.

<sup>44</sup> Sarkozy N. Discours prononcé le 02/12/2008 à Antony.

## 2) La logique du soin

La logique de la sécurité insistait donc en priorité sur les missions coercitives et punitives de la psychiatrie. Pour les personnes qui s'y sont engagées, si l'hôpital était doté d'une finalité thérapeutique, celle-ci devait néanmoins être considérée comme secondaire dans la hiérarchie des valeurs. Ce qui primait ici, c'étaient bien les missions de préservation de l'ordre social attachées à l'hôpital et plus largement à la discipline psychiatrique qui se voyait alors attribuer la responsabilité politique essentielle de contenir la « *maladie mentale* » à l'intérieur de ses murs ou à l'aide de ses médicaments et de protéger, ainsi, la société du risque de violence. En réaction à cette posture, s'est rapidement imposée dans la presse (essentiellement dans *le Monde* et *Libération*) une deuxième logique, celle du soin. Cette dernière a constitué la principale force d'opposition au projet de loi initial et a été mobilisée par une assez grande diversité d'acteur.ice.s (des médecins, des juristes, des associations, des artistes ou encore des intellectuel.le.s). Elle a comme caractéristique non pas de se référer à une attente de protection de l'ordre publique ou à une attente de justice, mais à une *attente de préservation et de restauration de la santé humaine*<sup>45</sup>. Si l'on entre plus en détail dans cette logique et dans cette attente, telles qu'elles ont pu s'exprimer au cours de la période, deux exigences morales en ont été partie prenante.

### Un impératif de non-stigmatisation

Un premier impératif présent dans les textes renvoi à ce que l'on pourrait appeler une *exigence de non-stigmatisation*. En effet, si ces acteur.ice.s ont pu reprocher au gouvernement de se saisir des faits divers pour asseoir sa légitimité et instaurer, par cet intermédiaire, une « *politique de la peur* »<sup>46</sup>, c'est la manière qu'avait la logique de la sécurité de thématisait les questions de santé mentale uniquement sous l'angle de la dangerosité qui fut considérée comme le plus problématique. Pour la logique du soin, l'assimilation entre « troubles » psychiatriques et délinquance était intenable. Non seulement cette façon de voir les choses – qui avait pour conséquence de « *transformer les malades en criminels* »<sup>47</sup> – semblait désajustée vis-à-vis des études statistiques montrant que les personnes vivant avec des « troubles » étaient plus sujettes que les autres à être victimes d'agressions ; mais en plus, cet « *amalgame* » risquait de provoquer des effets néfastes pour la santé des individus en augmentant leur risque de marginalisation. Dans une tribune publiée dans *Le Monde* en 2008, Vincent Girard et Claude Lefebvre, respectivement psychiatre et photographe, considéraient par exemple que :

---

<sup>45</sup> Nous empruntons cette formulation à Barbot (2018).

<sup>46</sup> « Psychiatrie : 39 soignants lancent un appel ». *Le Figaro*. 15/12/2008.

<sup>47</sup> Constant E. « Notre président aurait-il peur de la folie ? ». *Libération*. 22/01/2009.

« Les faits divers et la réaction de certains politiques renforcent les stéréotypes existants dans la population, qui lient meurtre et maladie mentale. [...] Des amalgames qu'il faut dénoncer car, en réalité, environ 95 % des meurtres sont commis par des personnes n'ayant aucune pathologie mentale ! [...] Les données scientifiques mettent en évidence la vulnérabilité d'une personne atteinte de schizophrénie, bien plus souvent victime d'agressions, de vols et de viols qu'une personne non malade. La prévalence des crimes violents envers les patients psychiatriques est 11,8 fois plus importante qu'en population générale. Cette stigmatisation, entretenue par les médias, favorise le repli, l'isolement, le sentiment d'infériorité [et représente] une violence de plus faite aux personnes malades. Cette idée reçue génère des peurs, des réactions de rejet qui entraînent de graves conséquences sur leur santé et sur leur vie »<sup>48</sup>.

Aussi, contrairement au discours de l'ordre abordé précédemment, la logique du soin, du fait de cette référence à une exigence de non-discrimination, était porteuse d'un « discours de la précarité » (Dodier et Rabeharisoa, 2006) insistant sur la vulnérabilité et l'exclusion sociale dont faisait l'objet les personnes en situation de handicap psychique. Ce faisant, elle ne s'est pas élaborée sur la base de figurations appréhendant les individus comme des criminels en puissance. Ici, les personnes psychiatisées sont présentées comme « patient.e.s », des individus en souffrance, qu'il convient d'accompagner et de soulager dans un rapport compassionnel. Plus précisément, il apparaissait aux yeux des acteur.ice.s que ces personnes étaient doublement « victimes ». En tant que « malades » d'abord, elles étaient victimes d'atteintes faites à leur santé ; en tant qu'exclus ensuite, elles étaient victimes de la société et de son intransigeance. Un second argument mobilisé au regard de cette exigence concernait la psychiatrie elle-même et les représentations négatives véhiculées par la logique de la sécurité au sujet de l'hôpital psychiatrique. En effet, pour un grand nombre de médecins de l'époque, si la référence à une attente de protection de l'ordre public devait constituer une dimension à prendre en compte, elle ne pouvait cependant être considérée comme première dans l'ordre des finalités. Suivant ces acteur.ice.s, une des erreurs commises par le gouvernement était ainsi de confondre l'univers thérapeutique avec l'univers carcéral. Une telle confusion était alors accusée de porter atteinte à l'identité professionnelle des soignant.e.s et de stigmatiser la discipline psychiatrique en en faisant la « gardienne de l'ordre social »<sup>49</sup> – une « flic-iatrie »<sup>50</sup> – et non plus une instance pourvoyeuse de soin. Partant de cette lecture, la réforme imaginée par le gouvernement risquait à

---

<sup>48</sup> Girard V. et Lefebvre C. « Pour en finir avec la « schizophrénie » ». *Le Monde*. 16/08/2008.

<sup>49</sup> Communiqué de Presse du Collectif des 39. 18/03/2010.

<sup>50</sup> « Nous refusons la politique de peur. Tribune ». *Le Monde*. 12/12/2008.

terme de se montrer inefficace, voire d'être contre-productive<sup>51</sup>, en poussant les « patient.e.s » à faire défection, en augmentant les ruptures de soin et donc le risque de « passage à l'acte » :

*« Amalgamer psychiatrie et contrôle social, stigmatiser le malade mental et sa prétendue dangerosité risquent surtout de dissuader les milliers de malades qui se rendent volontairement à l'hôpital psychiatrique chaque année [...] trop effrayés par l'image carcérale de la psychiatrie que charrie cette réforme. Les malades non repérés et donc non soignés ou pris en charge, sont pourtant les plus dangereux, et cette dangerosité que l'on croit maîtrisée en les incitant à fuir les soins ne cessera d'augmenter »<sup>52</sup>.*

### **Le collectif des 39 et la question de l'hospitalité**

Conjointement, une seconde exigence a été associée à la logique du soin dans la presse, à savoir : *une exigence d'hospitalité*. Celle-ci fait partie intégrante de l'éthique hospitalière mettant en avant ses missions d'accueil, de prise en charge des douleurs et de la souffrance humaine (Castel, 1995 ; Dodier et Camu, 1997).

La référence à cette exigence a été l'occasion pour les professionnel.le.s de soin de se livrer à une série de « contre-cadrage »<sup>53</sup> (Benford et Hunt, 2001) en réinscrivant plus largement les faits divers dramatiques dans un contexte sociétale marqué, selon elles.eux, par un appauvrissement de la clinique psychiatrique. Du point de vue des acteur.ice.s qui s'y sont référé.e.s, ces événements étaient en effet moins liés à un manque de sécurité dans les hôpitaux psychiatrique qu'à un défaut d'assistance et de soin porté aux personnes vivant avec des « troubles ». Un article du *Monde*, publié en 2008, résume bien cette posture qui pointait le manque de moyens mis à disposition des soignant.e.s :

*« Ce n'est [...] pas d'une réponse punitive dont les malades mentaux ont besoin, mais bien, à l'extrême opposé, de soins plus constants. Or, l'évolution du secteur psychiatrique, depuis vingt ans, leur dénie de plus en plus le droit élémentaire*

---

<sup>51</sup> A noter que ce type d'argument fait directement écho à la « thèse des effets » pervers mise en avant par Albert Hirschmann dans son analyse des rhétoriques réactionnaires. Cette thèse consiste à mettre en avant le fait que les projets de réforme ou l'émergence de certaines innovations techniques, « par un enchaînement de conséquences non voulues, [mèneront à] un résultat qui sera exactement à l'opposé du but recherché » (1991 : 27).

<sup>52</sup> Cotta F., Hauser-Phelizon, Mahé V. et Winter E. « Démesure sécuritaire ». *Le Figaro*. 29/01/2009.

<sup>53</sup> Robert Benford et Scott Hunt (2001) montrent bien comment le travail de production des problèmes sociaux met en jeu une diversité d'acteur.ice.s ou de groupes d'acteur.ice.s défendant des intérêts éventuellement différents et ne partageant pas nécessairement les mêmes définitions de la situation. Partant d'une sociologie de l'action collective, les auteurs insistent sur le fait que ces activités sont l'occasion de « drames publics » entre les défenseurs d'une cause et leurs adversaires – chacun tentant de faire valoir sa propre vision du monde. Aussi, face aux opérations de cadrage et de définition de la réalité formulées par les premiers, les seconds se livrent à des opérations de contre-cadrage destinées à dénoncer et à neutraliser les mythes et les schémas interprétatifs initialement déployés.

*d'être soignés. La fermeture constante des lits, la pénurie de personnels infirmier et médical et l'alignement du fonctionnement de l'hôpital psychiatrique sur l'hôpital général conduisent à des carences graves en termes de soins. Tout se passe comme si la spécificité de la prise en charge psychiatrique, qui impose disponibilité et présence rassurante des personnels, était jugée caduque »<sup>54</sup>.*

Dans le corpus étudié, cette exigence d'hospitalité a particulièrement été travaillée par le « Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire ». Ce collectif, qui a émergé au lendemain du discours d'Antony de Nicolas Sarkozy, regroupait une diversité de psychiatres d'orientation analytique fortement marqués par le mouvement de désinstitutionalisation mis en œuvre au détour des années 1970 (Eyraud et Henckes, 2013) et pour qui le retour à l'enfermement asilaire constituait la principale forme de hantise.

Un des axes de réflexion présent dans leurs prises de position touchait à la question des relations devant se nouer entre les personnes psychiatisées et le personnel soignant et, au-delà, les conditions du « *vivre ensemble avec la folie* »<sup>55</sup>. Notamment, il s'agissait pour ces médecins de placer au centre des interactions et des dispositifs de soin la reconnaissance des « patient.e.s » dans leur singularité à la fois sociale et psychique tout en insistant sur la spécificité de leur profession. De leur point de vue, la « *maladie mentale* » ne pouvait être en effet appréhendée comme une « *maladie ordinaire* »<sup>56</sup>, à la façon de la médecine somatique, car elle correspondait avant tout à une manière alternative d'être au monde, une forme de vie spécifique située au « *cœur du lien social* »<sup>57</sup> nécessitant, de ce fait, une écoute et une attention spécifique. Dans cette perspective, l'hôpital psychiatrique devait se comprendre comme un espace d'accueil de la « *folie* » pensée comme modalité d'expression à part entière de notre humanité, et la thérapeutique initiée devait moins viser à contenir l'expression des « troubles » dans une lecture purement symptomatologique, qu'à accompagner les sujets dans l'exploration de leurs potentialités agentives via le maniement de la parole et de la psychothérapie institutionnelle. Dans sa charte rendu publique le 15 décembre 2008, le Collectif des 39 estimait ainsi que :

*« La folie n'est concevable qu'irréductiblement liée à la condition humaine. Contrairement à la maladie somatique, il existe une modalité particulière de souffrance psychique liée à certains modes de structuration subjective. Elle ne relève pas d'une causalité linéaire mais d'un déterminisme pluri factoriel marqué du sceau de la complexité. Détachés des idéologies marquées du pragmatisme, l'art et les techniques psychiatriques prennent en compte la personne dans son ensemble : il s'agit de soigner quelqu'un et non une maladie. Engagée dans la*

---

<sup>54</sup> « Psychiatrie en détresse ». *Art. Cit.*

<sup>55</sup> Chaumon F. Cité In. « Qui veut la peau de la folie ? Débat animé par Eric Favereau ». *Libération*. 14/06/2008.

<sup>56</sup> Bokobza H. Cité In. « Qui veut la peau de la folie ?... ». *Art. Cit.*

<sup>57</sup> Collectif de 39 contre la Nuit Sécuritaire. « Une déraison d'état ». *Libération*. 28/02/2011.

*réalité sociale, la psychiatrie se doit éthiquement de préserver la singularité et l'originalité des personnes qui se confient à elles ou lui sont confiées ; elle ne se conçoit qu'en relation avec les patients, leurs familles mais aussi avec les acteurs du social et du champ médico-social et prône par conséquent une politique psychiatrique inscrite dans la communauté »<sup>58</sup>.*

Il est à noter que les acteur.ice.s ayant mobilisé cette deuxième exigence se sont montrés particulièrement critiques vis-à-vis de la psychiatrie des preuves en raison de son approche biomédical, de son usage jugé immodéré des médicaments, et de sa tendance à la standardisation – ces dernier.ère.s insistant bien plutôt sur la dimension artisanale du travail psychiatrique et sur la nécessaire flexibilité que supposait, selon elles.eux, l'élaboration du soin psychique.

Au début des années 2000, deux expertises de l'Inserm seront ainsi source de débats intenses au sein de la communauté psychiatrique. La première, publié en 2004, portait sur l'évaluation des méthodes psychothérapeutiques. Ce rapport, qui donnera naissance à ce qui fut appelé la « guerre des psys », jugeait plus efficace les thérapies cognitivo-comportementales que les approches dites « systémiques » d'orientation psychodynamique inspirées par la psychanalyse (Champion, 2008). La seconde, rédigée l'année suivante, traitait quant à elle des « *troubles de la conduite chez l'enfant et l'adolescent* » et préconisait le « *dépistage systématique* [de ces troubles] *dès 3 ans* »<sup>59</sup> – proposition qui fut reprise par Nicolas Sarkozy lorsque, ministre de l'Intérieur, il déposa son projet de loi sur la prévention de la délinquance et la récidive. De plus, il peut être utile de mentionner qu'au cours de la période étudiée (2007-2012), un nombre assez conséquent d'articles ont fait part de la possibilité qu'il y avait d'identifier les causes génétiques et/ou biologiques liées à la survenue de certains phénomènes comme la « schizophrénie », les « troubles bipolaires » ou la dépression, témoignant ainsi d'une biomédicalisation accrue de la psychiatrie. Ces propositions et ces annonces suscitérent de vives inquiétudes et plusieurs d'observateur.ice.s dénoncèrent « *l'approche réductionniste, déterministe et scientiste* »<sup>60</sup> de l'Inserm tout en alertant de leur potentielle récupération politique et du virage « *hygiéniste* » que paraissait prendre la psychiatrie hospitalière. Roland Gori, membre du Collectif des 39, considérait par exemple que le déclin de la psychanalyse marquait l'avènement :

*« D'une psychiatrie postmoderne, qui veut allouer, sous le terme de « santé mentale », une dimension médicale et scientifique à la psychiatrie. [...] Émerge une conception épidémiologique de la psychiatrie, centrée sur le dépistage le plus étendu possible des anomalies de comportement. Dès lors, il n'est plus besoin de s'interroger sur les conditions tragiques de l'existence, [...] il suffit de prendre les*

---

<sup>58</sup> « Charte du Collectif des 39 contre la Nuit Sécuritaire ». 15/12/2008.

<sup>59</sup> Prieur C. « Les pédopsychiatres préfèrent la prévention au dépistage des troubles ». *Le Monde*. 13/02/2007.

<sup>60</sup> Vincent C. « Santé mentale : prédiction à risque ». *Le Monde*. 06/07/2007.

*choses au ras du comportement des individus et de tenter de les réadapter si besoin. [...] Ainsi, la « nouvelle » psychiatrie se moque éperdument de ce qu'est le sujet et de ce qu'il éprouve. Seul importe de savoir s'il est suffisamment capable de s'autogouverner, et d'intérioriser les normes sécuritaires qu'on exige de lui »<sup>61</sup>.*

Dans ce contexte, le plan de sécurisation lancé par le gouvernement en 2008 a été perçu par de nombreuses personnes comme la caution, législative et étatique, de cette dérive synonyme pour certain.e.s d'un contrôle accru des populations et d'une volonté d'« éradication de la folie »<sup>62</sup> hors de la vie la sociale et démocratique. En novembre 2008, en réaction aux prises de positions publiques de Nicolas Sarkozy, un article du monde estimait ainsi que le projet de réforme participait, en l'état, à un renforcement de la tradition asilaire signant « *l'inhumanité d'une société qui fuit son devoir de prise en charge des plus vulnérables* »<sup>63</sup>.

### **Hétérogénéités internes**

Avant d'aborder la dernière logique à avoir été mobilisée dans la presse, il importe de préciser que l'engagement dans cette attente de préservation et de restauration de la santé humaine n'a pas nécessairement été homogène. Dans les discussions qui ont pu agiter la presse écrite, il ressort que des divergences se sont exprimées au sujet de la loi souhaitée par le gouvernement et de sa capacité à répondre positivement aux exigences portées par la logique du soin.

Le 5 mai 2010, Roselyne Bachelot présenta au Conseil des Ministres son projet de loi. Qualifié de « *très controversé* »<sup>64</sup>, ce dernier entendait « *moderniser* » le système psychiatrique et envisageait de remplacer la notion « *d'hospitalisation sans consentement* » par celle de « *soin sans consentement* », entrouvrant dès lors la possibilité pour les psychiatres de mettre en œuvre des soins sous contrainte en ambulatoire comme l'avait demandé Nicolas Sarkozy deux ans plus tôt. Dans une interview, la ministre de la Santé précisait la démarche :

*« Que propose-t-on ? L'entrée dans les soins se fera d'abord en hospitalisation complète, comme c'est le cas aujourd'hui. Nous aménageons un premier temps d'observation et de soins, d'une durée maximale de soixante-douze heures, comportant trois certificats médicaux. Ensuite, passé ce premier temps d'hospitalisation et en fonction des conclusions de l'évaluation, il y aura la possibilité de prendre en charge le patient, soit en hospitalisation partielle, soit en*

---

<sup>61</sup> Cité In. Prieur C. « Norme psychiatrique en vue ». *Le Monde*. 03/05/2008.

<sup>62</sup> Chaumon F. Cité In. « Qui veut la peau de la folie ? ... » *Art. Cit.*

<sup>63</sup> « Psychiatrie en détresse ». *Art. Cit.*

<sup>64</sup> Favereau E. « « les psychiatres de ville pourront délivrer des soins sans consentement » ». *Libération*. 05/05/2010.

*soins ambulatoires. L'hospitalisation sous contrainte ne sera plus la seule possibilité »<sup>65</sup>.*

Par ailleurs, concernant les sorties d'essai pour les personnes hospitalisées Sur Décision du Représentant de l'Etat (SDRE) ou pour celles placées en UMD, il s'agissait, comme l'avait également suggéré le Président de la République, de conditionner les décisions préfectorales à la rédaction d'avis consultatifs formulés par « *un collège de soignants (deux psychiatres et un cadre infirmier)* »<sup>66</sup>. Si avec ces mesures, l'enjeu était pour le gouvernement d'assurer une « *meilleure prise en charge* » des « *patient.e.s* » tout en veillant à garantir « *leur sécurité et celle des autres* »<sup>67</sup>, elles ont fait l'objet d'un accueil contrasté auprès des acteur.ice.s de la psychiatrie et de la santé mentale.

Du côté du Collectif des 39, l'idée de soins sans consentement en ambulatoires était assimilée à une extension de la contrainte tendant à faire de la psychiatrie une « *police de l'intime* » débiteuse de soins « *stéréotypés, protocolisés, identiques pour tous* »<sup>68</sup> dans une perspective uniquement médicamenteuse ; et celle d'une mise en observation des « *patient.e.s* » pour une durée de 72h était perçue comme une forme de « *détention psychiatrique* »<sup>69</sup>. Pour d'autres en revanche, ces propositions paraissaient relativement acceptables. Le besoin de sécurité trouvait en effet une certaine justification et ces mesures pouvaient s'inscrire dans la logique du soin en pluralisant l'offre de santé. Cette posture était par exemple celle par Jean Canneva, alors président de l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades (UNAFAM) qui, dès 2008, se disait favorable « *à la mise en place de nouveau moyens pour renforcer la sécurité* »<sup>70</sup> et évaluait positivement le développement des soins contraints en ambulatoire de même que le délai de 72 heures d'observation, estimant qu'il s'agissait là d'une « *garantie contre les internements abusifs* »<sup>71</sup>. Il en allait de même pour certain.e.s professionnel.le.s de soin à l'instar du Pr. Jean-Marc Olié, chef de service à l'hôpital de Sainte-Anne, qui jugeait « *positive la mise en place d'une loi permettant les soins ambulatoires sans consentement* » en tant qu'elle répondait, selon lui, à une « *grande demande de tous les professionnels* »<sup>72</sup>. De façon similaire, la mise en œuvre d'une certification collégiale pour les sorties d'essai paraissait également pertinente. Aux yeux de certain.e.s acteur.ice.s cette mesure paraissait garantir une meilleure

---

<sup>65</sup> Bachelot R. Citée In. Favereau E. « *les psychiatres de ville pourront délivrer...* ». *Art. Cit.*

<sup>66</sup> Ibid.

<sup>67</sup> Bachelot R. Citée In. « *Les psychiatres de ville pourront délivrer des soins sans consentement* ». *Le Monde*. 05/05/2010.

<sup>68</sup> Collectif de 39 contre la Nuit Sécuritaire. « *Une déraison...* ». *Art. Cit.*

<sup>69</sup> « *Nous refusons la politique de peur...* ». *Art. Cit.*

<sup>70</sup> Canneva J. Cité In. Patriarca E. « *Psy : et les malades hors les murs ?* ». *Libération*. 11/12/2008.

<sup>71</sup> Clavreul L. « *Débat autour des soins psychiatriques sous contrainte* ». *Le Monde*. 20/04/2010.

<sup>72</sup> Olié J-P. Cité In. « *Réforme de la psychiatrie : le PS dénonce un « amalgame », les professionnels plutôt positif* » *Le Monde*. 02/12/2008.

objectivité dans les décisions rendues<sup>73</sup> et il est intéressant de noter que les médecins ayant défendus cette ligne argumentative se sont montrés moins réticents que ceux du Collectif du 39 vis-à-vis de la psychiatrie des preuves et du mouvement de biomédicalisation que rencontrait la discipline au cours de la période. Dans un article revenant sur la « guerre des psys », le même psychiatre estimait ainsi « *judicieux* » que les différentes méthodes de psychothérapies fassent l'objet d'évaluation « *scientifique* » et plaidait en faveur d'un certain pluralisme épistémique :

*« Il est essentiel que tout soit fait pour que les professionnels regroupés sous l'étiquette « psys » soient éclairés : sur les diverses hypothèses aussi bien psychologiques que biologiques quant à l'origine des troubles psychiques et comportementaux ou encore des troubles de la personnalité et sur les caractéristiques cliniques, évolutives et leurs limites, les possibilités thérapeutiques de ces maladies. Il serait dangereux que les uns connaissent la neurobiologie, les autres la psychanalyse ou les théories cognitivo-comportementales. Les usagers ne sauraient admettre cela. Et une guerre des psys ne doit plus être un outil de diversion quant à la seule vraie question : la formation des futurs psys et l'évaluation des pratiques des professionnels »<sup>74</sup>.*

### **3) La logique des droits**

Si la logique du soin a été la principale voix de contestation à la logique de la sécurité et au projet de réforme souhaité par le gouvernement, une troisième apparaît à mesure que l'on avance dans le temps. Cette dernière, qui repose sur une *attente de respect des droits*, ne s'adresse pas à des « délinquant.e.s », des « criminel.le.s » en puissance ou des « patient.e.s » en souffrance, mais à des « justiciables » : des citoyens et citoyennes dépositaires de droits. Aussi, si elle partage avec la logique de soin une attention certaine à la personne humaine, cette logique le fait sur des bases bien différentes étant donné qu'elle insiste, au sujet des hospitalisations sans consentement, sur les atteintes éventuelles que peut constituer, pour le citoyen, la privation des droits et des libertés associées à ce type de prise en charge. En ce sens, la logique des droits appréhende la question de la vulnérabilité sur un tout autre plan. Les personnes psychiatisées sont moins considérées ici comme vulnérables au regard de leurs « troubles » psychiques présumées que du fait que ceux-ci peuvent, sous certaines conditions et lorsqu'ils sont saisis par les institutions médicales, les amener à se voir dépossédées de leurs droits fondamentaux.

---

<sup>73</sup> Sur ce point, le Pr. Frédéric Rouillon affirmait par exemple dans les colonnes du *Figaro* que cette mesure était une « *très bonne chose* » et permettait de « *déliier l'expert de son pouvoir de décider. Il est très difficile d'être à la fois celui qui soigne et celui qui décide la sortie, le médecin souhaitant avant tout redonner l'autonomie à son patient* ». Rouillon F. Cité In. « Les soignants s'interroge sur l'application de la réforme ». *Le Figaro Santé*. 03/12/2008.

<sup>74</sup> Olié J-P. « La guerre des psys est-elle fondée ? ». *Le Monde*. 02/03/2010.

Cette logique arrive assez tardivement dans la presse écrite, même si elle a par ailleurs pu bénéficier d'une expression plus large dans d'autres espaces comme l'arène militante ou l'arène doctrinale (Bitton, 2013 ; Dujardin et Péchillon, 2015). Entre 2007 et 2008, rares sont les articles à s'y référer explicitement et seul le Conseil de l'Ordre des Médecins en fait mention au sujet de la constitution éventuelle d'un fichier électronique prévoyant de recenser les personnes ayant été hospitalisées sur décision de l'Etat – ce projet représentant, pour le Conseil, une atteinte aux droits à la vie privée et ne pouvant, en ce sens, être éthiquement recevable. Aussi, c'est véritablement à partir de 2009 qu'elle sera mobilisée de façon relativement autonome.

### **Les témoignages et le souci de dignité**

Les premières émanations de cette logique dans la presse ont régulièrement été adossées à la production de témoignages provenant de personnes ayant été hospitalisées en services fermés. Ces témoignages avaient en commun de mettre en avant les traitements jugés dégradants dont elles avaient pu faire l'objet durant leurs séjours à l'hôpital et dénonçaient tout particulièrement les pratiques de contention, de mise en isolement ou encore la prise forcée de médicaments. Julien, dans un article publié dans *Libération* en 2009, faisait ainsi part des humiliations qu'il avait éprouvées :

*« Dans ce service fermé, c'était très violent, et je l'étais aussi. Ça hurlait de partout, c'était dur. Il n'y avait pas de psychiatres, que des infirmiers. Je hurlais, dans un état second. Ils ont appelé des gros bras d'autres services que je ne connaissais pas, puis ils m'ont traîné dans une chambre d'isolement. Une femme m'a enlevé mon pantalon, et ça m'a humilié. Ils m'ont mis en cage, comme au chenil, avec une piqure dans les fesses. Après, j'ai perdu la notion du temps. Il faisait très chaud, je dormais presque continuellement, je n'avais pratiquement pas de vêtements, on pouvait me voir de dehors par une petite ouverture, je me sentais comme dans un zoo. J'avais chaud, je me sentais perdu, désorienté, sans repères. Il n'y avait pas de toilettes, et j'urinais dans un tube »<sup>75</sup>.*

Ce type de récit, qui résonne avec ceux que nous avons pu recueillir en entretien, insistait ainsi sur le caractère proprement indigne et déshumanisant des hospitalisations sous contrainte et de certaines pratiques médicales. En outre, ce que pointait ces témoignages, c'était le manque d'écoute et les effets néfastes que pouvait avoir la coercition pour les individus qui en étaient la cible. Dans ce cadre, Julien évoquait par exemple l'absence de « paroles »<sup>76</sup> dans les services et la difficulté de créer du lien avec les équipes soignantes alors que Christelle, dans un autre

---

<sup>75</sup> « On est là pour être soigné, pas pour être puni ». *Libération*. 28/11/2009.

<sup>76</sup> Ibid.

témoignage, estimait que son expérience de la psychiatrie avait été source d'une « *destruction totale* » :

*« Elle dit subir les internements réclamés par son ami qui invoque des problèmes d'alcool, des tentatives de suicide. Mais loin de l'aider à se réinsérer, l'univers psychiatrique nourrit ses angoisses. Avec amertume, Christelle décrit ce qu'elle considère comme des stigmatisations : « parano », « psychopathe », « dangereuse » : « la totale ». Surtout, elle évoque l'impossibilité d'être écoutée. Elle affirme vouloir comprendre son histoire. On l'attache, lui injecte des produits. Elle reconnaît la nécessité d'être calmée « lorsqu'on pète un plomb » mais insiste sur ce qu'elle dit avoir vécu comme « une destruction totale » : des soins qui se résument à l'administration de médicaments »<sup>77</sup>.*

À côté de ces récits, l'arrivée de cette logique dans la presse a également été associée à des prises de paroles émanant du corps médical lui-même : certain.e.s professionnel.le.s de soin (médecins, infirmier.ère.s ou aides soignant.e.s) n'hésitant pas à dénoncer le « *système épouvantable* » que représentait, de leur point de vue, la psychiatrie hospitalière et à rappeler combien, au sein de ces espaces, « *les droits de l'homme étaient bafoués en permanence* »<sup>78</sup>. Ces interventions publiques, qui s'effectuaient alors sur le mode de l'alerte, étaient par moment articulées à la production de vignettes présentant des soignant.e.s se posant en résistant.e.s vis-à-vis du recours à la contrainte, de même qu'à la présentation de dispositifs montrant qu'il était possible de prendre en charge les « *personnes en souffrance psychique* » hors des murs de l'hôpital, dans la cité. Revenant sur le service du Dr. Roelandt à Lille, un article de *Monde* écrivait :

*« Ici, pas d'unité fermée ni de chambre d'isolement, l'équipe soignante n'a quasiment jamais recours à la contention. « L'enfermement à vie des malades mentaux, c'est fini, insiste le docteur Roelandt. On consacre la quasi-totalité de nos moyens à l'extrahospitalier pour les faire sortir le plus vite possible [...] ». Le résultat est étonnant. Quand on pousse la porte de l'un des 43 appartements associatifs du secteur, où vivent 83 personnes atteintes de schizophrénie ou de graves psychoses, on est accueilli par des sourires, des bonjours, des « je vous fais visiter ? » fiers et empressés. [...] Pour l'équipe du docteur Roelandt, l'intégration des patients dans la cité n'a pas qu'une vocation humanitaire elle a surtout des vertus thérapeutiques. Privilégier le contact humain plutôt que les murs, c'est*

---

<sup>77</sup> « « La psychiatrie, une destruction totale » ». *Le Monde*. 04/03/2011.

<sup>78</sup> Roelandt J-L. Cité In. Prieur C. « Des malades dans la ville ». *Le Monde*. 06/01/2010.

*affirmer aux patients qu'ils n'ont pas perdu leur citoyenneté, qu'ils peuvent se redresser, malgré leur maladie »<sup>79</sup>.*

## **Vers une conception formelle du rapport au(x) droit(s)**

Comme le donne à voir cet extrait, dans certaines de ces formulations la logique des droits a été directement connectée à celle du soin. Notamment, ces rapprochements étaient particulièrement forts au sein du Collectif des 39 pour qui les personnes hospitalisées ne devaient pas uniquement être envisagées comme des « *malades* ». Pour ces médecins, il s'agissait plus globalement de « *citoyens souffrants* »<sup>80</sup> et c'était également en référence à cette logique des droits qu'ils évaluaient négativement le projet de réforme et plus spécifiquement l'idée de soins contraints en ambulatoire – cette disposition venant étendre la possibilité du recours à la contrainte en psychiatrie et représentant de ce fait une menace « *pour les libertés publiques* »<sup>81</sup>. Aussi, le Collectif a développé un rapport quelque peu embarrassé vis-à-vis des soins sans consentement. S'ils considéraient que ces mesures, en tant que décisions portant atteinte à la liberté individuelle prise au regard d'impératifs sanitaires, pouvaient dans de rares cas trouver une justification, il leur importait avant tout de refonder l'ensemble de la psychiatrie hospitalière au travers d'une lecture « *humaniste* »<sup>82</sup>, tournée vers déploiement de pratiques soignante plus respectueuses de la dignité humaine, et ce fut au regard de cette volonté que ces médecins ont orienté leur rapport aux(s) droit(s).

Deux évènements ont néanmoins marqué la trajectoire de cette logique dans la presse. Le premier est lié à la création du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, en 2007. Cette instance indépendante a pour but de veiller au respect des droits dans les lieux d'enfermement (prisons, Centres de Rétention Administrative, locaux policiers de gardes à vue ou hôpitaux psychiatriques) et exerce une mission à la fois préventive et consultative s'articulant à des visites inopinées dans les établissements, à la rédaction de rapports et de recommandations de bonnes pratiques. Ses rôles diffèrent en ce sens des corps d'inspection ou des instances de médiation car elle n'intervient pas dans le règlement de litige individuel (Fischer, 2016)<sup>83</sup>. Au cours de la période 2007-2012, cette fonction sera occupée par Jean-Marie Delarue, et c'est en 2009 qu'un premier rapport dénonçant « *les nombreuses atteintes à la dignité et à l'intimité faites au nom de la recherche de « sécurité »* »<sup>84</sup> sera publié. Dans les interviews qui suivirent, le Contrôleur attirait l'attention sur le recours à l'isolement et à la contention. Sans statuer sur la pertinence intrinsèque de ces pratiques, il s'inquiétait de leur

---

<sup>79</sup> Ibid.

<sup>80</sup> Collectif de 39 contre la Nuit Sécuritaire. « Une déraison... ». *Art. Cit.*

<sup>81</sup> Savigneau J. « Hervé Bokobza : « on ne traite plus un sujet malade mais une maladie » ». *Le Monde*. 10/04/2010.

<sup>82</sup> Bokobza H. « Pour une refondation de la psychiatrie ». *Libération*. 02/01/2012.

<sup>83</sup> Pour une analyse du travail de contrôle effectué par cette autorité voir également : Fisher, 2022.

<sup>84</sup> L.C. « Le contrôleur des prisons dénonce une situation « grave » ». *Le Figaro*. 09/04/2009.

augmentation et de leur systématique. Surtout, c'était le manque d'uniformisation et de traçabilité qui constituait, selon lui, l'aspect le plus problématique :

*« Il y a parfois des registres bien tenus, mais souvent ce n'est pas le cas, et même parfois, il n'y a aucune trace. Enfin dans les établissements où il y a des registres, il n'y a aucune analyse de ce qui s'est passé, aucune évaluation. Encore plus troublant, la présence de plus en plus systématique de vidéosurveillance dans ces chambres d'isolement. Le personnel met en avant que cela leur permet d'intervenir à bon escient, mais pour nous, cette violation de l'intimité est problématique. [...] Ce qui est problématique, c'est la grande divergence des pratiques et la non-évaluation de ce qui se fait »<sup>85</sup>.*

Parallèlement, ce que reprochait le Contrôleur c'était l'impossibilité pratique qu'avaient les personnes hospitalisées de pouvoir contester les mesures d'hospitalisation sous contrainte les concernant, du fait de l'absence d'information sur ce point et de la non-judiciarisation des pratiques hospitalières : *« On interdit la plupart du temps au malade d'avoir recours à un avocat. On lui dit, certes, qu'il peut saisir un juge, mais sans lui donner l'adresse, ni le lieu. Les formulaires qui lui sont fournis sont illisibles »<sup>86</sup>*. Décrivant un espace de non-droit, le Contrôleur se disait ainsi profondément *« choqué »* de *« l'état lamentable »* de certains lieux de soin et estimait que la psychiatrie était marquée, d'une manière générale, par *« le grand retour de l'enfermement »* au point de devenir *« un monde où les droits élémentaires des personnes ne sont pas respectés »<sup>87</sup>*.

Ensuite, en 2010, le Conseil Constitutionnel est saisi pour répondre à une Question Prioritaire de Constitutionnalité<sup>88</sup> portant sur la conformité de la loi 1990 vis-à-vis des droits et des libertés garanties par la Constitution. Dans les avis qu'il remit, le Conseil Constitutionnel considérait que l'hospitalisation sans consentement d'une personne à la demande d'un tiers ne pouvait être prolongée au-delà de quinze jours sans l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention et demandait, en conséquence, au gouvernement de réviser la législation avant le 1<sup>er</sup> aout 2011. Commentant cette décision, un article de *Libération* précisait :

*« Les sages se sont basés sur l'article 66 de la Constitution, qui exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, « gardienne de la liberté individuelle », comme c'est le cas pour la garde à vue ou la rétention. Le Conseil a jugé « que le maintien de l'hospitalisation sans consentement (HDT)*

---

<sup>85</sup> Delarue J-M. Cité In. Favereau E. « L'enfermement revient en force dans les hôpitaux psychiatriques ». *Libération*. 27/11/2009.

<sup>86</sup> Delarue J-M. Cité In. Favereau E. « Psychiatrie le rapport qui accuse ». *Libération*. 18/11/2011.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> La possibilité pour les justiciables de se saisir du Conseil Constitutionnel s'inscrit dans la loi 23 juillet 2008 relative à la modernisation des institutions de la Ve République (Israël, 2021).

*devait également être soumis à un régime de confirmation... La possibilité de prolonger l'hospitalisation au-delà de quinze jours sur la base d'un simple certificat médical est contraire à la Constitution ». C'est donc au juge de trancher »<sup>89</sup>.*

Jugeant « *paradoxal que ceux dont les facultés sont altérées (...) soient, en France, les seules personnes pour qui la privation de liberté n'est pas soumise à un contrôle systématique de l'autorité judiciaire* »<sup>90</sup>, il s'agissait avec cette décision de rappeler l'aspect attentatoire des hospitalisations sous contrainte en matière de droit fondamental et de mettre un terme au statut d'exceptionnalité dont bénéficiaient jusqu'alors la psychiatrie, en alignant ces procédures sur celles en vigueur dans les autres espaces de privation des libertés individuelles.

Une caractéristique importante de la logique des droits a ainsi été de se montrer doublement méfiante : vis-à-vis de la logique de la sécurité et de son potentiel « totalitaire »<sup>91</sup>, d'une part. Vis-à-vis de la logique du soin, de sa tendance au paternalisme et à l'arbitraire, d'autre part. Aussi, au cours des années 2007-2012, l'attente de respect des droits portée par cette logique s'est essentiellement dirigé vers une *exigence de contrôle et de traçabilité* des décisions psychiatriques. L'enjeu était de limiter les hospitalisations abusives et de s'assurer qu'une forme élémentaire de droit soit respectée à l'hôpital avec comme hantise principale celle de l'internement arbitraire et dégradant. En ce sens, il s'agissait principalement pour les institutions de veiller à ce que l'entrée à l'hôpital se fasse bien dans l'intérêt des personnes et que les pratiques hospitalières ne portent pas trop fortement atteinte à leur statut de citoyens en introduisant, dans le monde psychiatrique, des formes de vérifications judiciaires.

La montée en puissance de cette logique au cours de la période et la saisie du Conseil Constitutionnel ont eu un effet déterminant pour ce qui deviendra la loi du 5 juillet 2011. Dans son interview du 5 mai 2010, Roselyne Bachelot présentait déjà son projet de loi comme une tentative « *d'équilibre [entre] renforcement de la sécurité et consolidation des droits* » dans la mesure où il prévoyait de rendre plus régulier l'accès à l'information pour les personnes hospitalisées au sujet de leurs droits et de renforcer la possibilité qu'elles avaient de se saisir du juge des libertés, à « *tout moment* »<sup>92</sup>, pour contester les mesures d'hospitalisations les concernant. Toutefois, cette volonté n'était pas adossée à un contrôle judiciaire systématique. En conséquence, et pour éviter de produire un texte entaché d'inconstitutionnalité, le gouvernement fut contraint de revoir son projet de réforme et de suivre le Conseil Constitutionnel en rendant obligatoire l'intervention du JLD, qui se voyait dès lors confier la tâche de statuer sur le maintien ou la levée de ces mesures.

---

<sup>89</sup> Favereau E. « Les sages placent l'internement sous contrôle judiciaire ». *Libération*. 27/11/2010.

<sup>90</sup> « Le conseil constitutionnel censure la loi sur les internements psychiatrique ». *Le Monde*. 26/11/2010.

<sup>91</sup> Le terme « totalitaire » doit ici s'entendre au sens d'Erving Goffman dans son travail sur l'asile (1968).

<sup>92</sup> Bachelot R. Citée In. Favereau E. « « les psychiatres de ville pourront délivrer... ». *Art. Cit.*

Ces annonces ont été reçues de façon ambivalente par les acteur.ice.s de la santé mentale. Si certain.e.s ont pu les interpréter comme une « victoire des patients »<sup>93</sup> actant de la judiciarisation des pratiques hospitalières, d'autres se sont montrés plus nuancés.e.s. Ce fut le cas de médecins pour qui l'introduction du Juge a été source de plusieurs inquiétudes. Au lendemain de la décision du Conseil Constitutionnel et de sa réappropriation par le gouvernement, les professionnel.le.s de soin ne savaient pas en effet à quelle logique rattacher précisément les magistrats, et le souci affiché par la loi du 5 juillet 2011 de mieux faire respecter les droits des personnes hospitalisées a été vu par certain.e.s comme une manœuvre empruntée par la logique de la sécurité afin de se rendre acceptable. De cette configuration, l'idée que le Juge des Libertés et de la Détention soit en charge des contrôles semblait rapprocher trop fortement l'univers hospitalier de l'univers carcéral et était accusée de participer à la stigmatisation de la psychiatrie de même qu'à une pénalisation de la « folie ». Sur cet argument, quelques médecins ont alors alerté du caractère potentiellement « dangereux » que pouvait avoir la décision du Conseil Constitutionnel en considérant que « laisser la justice décider de l'opportunité d'hospitaliser [revenait à faire] comme si le malade était en faute »<sup>94</sup> ; et d'autres ont pu s'interroger au sujet des effets que les audiences allaient avoir sur la santé psychique des individus. Par ailleurs, plusieurs psychiatres se sont inquiétés.e.s de l'impact que cette judiciarisation allait avoir sur leur autonomie professionnelle. L'incertitude touchait ici à la nature exacte des prérogatives dévolues aux juges et à la délimitation de leurs champs de compétence, avec comme zone de problématisation la question de savoir jusqu'où l'institution judiciaire pouvait intervenir dans les décisions médicales. Comme le disait par exemple le Collectif des 39 dans un communiqué de presse publié le 17 janvier 2011 :

*« L'arrêté du Conseil Constitutionnel préservant les droits des patients hospitalisés sous contrainte pourrait apparaître comme une avancée démocratique. Cependant nous restons tout à fait circonspects quant aux effets de l'apparition d'un juge après 15 jours d'hospitalisation. Deviendrait-il un Juge d'application des soins veillant au « contrôle » de l'activité des équipes de soins voire du bien fondé de telle ou telle technique ? [...] L'introduction du juge pourrait, paradoxalement, avoir des effets pervers : la logique du contrôle social et de la surveillance de populations se substituerait à la fonction soignante de la psychiatrie »<sup>95</sup>.*

A côté, il importe de souligner que pour d'autres acteur.ice.s, le mouvement de judiciarisation initié par la loi du 5 juillet 2011 paraissait trop limité. Partant du principe qu'elle venait faciliter le recours à la contrainte, certain.e.s ont interrogé la pertinence de ne faire intervenir le Juge

---

<sup>93</sup> Lae. « L'intervention systématique d'un juge, une victoire des patients ». *Le Monde*. 01/08/2011.

<sup>94</sup> Ferreri R. Cité In. Favereau E. « Les sages placent l'internement ... ». *Art. Cit.*

<sup>95</sup> Collectif des 39. « La décision du Conseil Constitutionnel : Une avancée ? Une perversion supplémentaire ? ». 17/01/2011.

des Liberté et de la Détention qu'au terme des 15 premiers jours d'hospitalisation et ont défendu la possibilité d'une judiciarisation accrue de la psychiatrie – à la fois plus précoce et tournée vers le contrôle des programmes de soin ambulatoires. Cette posture était par exemple formulée par des associations comme la Fnapsy par l'intermédiaire de Claude Finkelstein, mais aussi par certaines organisations professionnelles à l'instar de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale (FASM) qui se demandait, dans un communiqué de presse : « *Pourquoi le juge n'interviendrait-il pas d'emblée et seulement au bout de 15 jours ? Quelle garantie sera donnée sur les 72 heures d'hospitalisation initiale, que d'aucuns appellent déjà, et en particulier le syndicat de la Magistrature, « garde à vue psychiatrique » ? Comment peut-on imaginer que la nécessité d'un recours au juge, au quinzième jour d'une hospitalisation sous contrainte, puisse ne pas s'appliquer également aux soins sous contrainte en ambulatoire ?* »<sup>96</sup>.

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 a suscité de sérieuses interrogations organisationnelles. Promulgué le 5 juillet 2011 pour entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> août, les professionnels du soin et du droit ont reproché à cette réforme son aspect confus et précipité, tout en insistant sur les difficultés pratiques liées à sa mise en œuvre. Virginie Duval, secrétaire générale de l'Union Syndical des Magistrats, rappelait ainsi le contexte de paupérisation croissant dans lequel se trouvait la psychiatrie ainsi que la justice et estimait que la loi était « *inapplicable en l'état* »<sup>97</sup> ; quand d'autres pointaient les incertitudes entourant la tenue concrète des audiences JLD – le texte ne précisant pas en effet où ces audiences devaient avoir lieu (à l'hôpital ou au tribunal) et les acteurs défendant, sur ce point, des modalités de lecture contrastées. Dans une tribune publiée dans *Libération*, les psychiatres Daniel Zagury et Gilles Vidon revenait sur cette dernière dimension en alertant du caractère, selon eux, « *kafkaïen* » et « *dramatique* » de la situation à venir :

*« Les assemblées ont laissé ouvertes trois possibilités : l'audience au tribunal, l'audience par visioconférence et l'audience à l'hôpital dans une salle dédiée. Cette dernière solution, la plus logique [...] est également la plus respectueuse de la dignité du malade. Rappelons que celui-ci se trouve en début d'hospitalisation, donc encore en crise ou au minimum très déstabilisé. Or, cette possibilité est refusée par les magistrats pour une question de moyens mais aussi de symbole, de respect des conditions de l'audience. Ils disent être prêts à accueillir les patients au tribunal mais ne semblent pas tout à fait en réaliser les effets. Il y a maladresse, contresens, erreur absolue ! [...] Quel est le directeur d'hôpital ou le psychiatre des hôpitaux digne de ce nom qui se risquerait à organiser chaque jour le transport collectif et l'encadrement de dizaines de patients suicidaires, délirants, agités, rendus violents par la situation elle-même. [...] Le drame, c'est que deux institutions à bout de souffle, la justice et la psychiatrie, vont s'arc-bouter sur leurs*

---

<sup>96</sup> FASM. Communiqué de presse. 08/03/2011.

<sup>97</sup> Citée in. Favereau E. « Psychiatrie : une loi à rendre fou ». *Libération*. 02/08/2011.

*dénuements respectifs pour imputer à l'autre l'essentiel de l'engagement complet dans l'application de la loi. Mais le drame véritable, c'est qu'on nous impose une loi que l'on sait impossible à mettre en œuvre et que l'on jette une bombe à retardement dans les champs de la justice et de la psychiatrie »<sup>98</sup>.*

\*

\* \*

Ce détour par la presse et les discussions qui ont accompagné la réforme de la psychiatrie hospitalière au carrefour des années 2010 permet de mieux comprendre les origines de la loi de 2011 : ces motivations, ces transformations, de même que le style de normativité lui ayant été associé. Surtout, il permet de saisir en partie la nature des oppositions, parfois vives, que cette législation a pu susciter. Au lendemain de sa promulgation, plusieurs pétitions et appels à mobilisation demandant son abrogation ont ainsi circulé dans l'espace public. Le 1<sup>er</sup> août 2011, soit le jour même de son entrée en vigueur, le collectif « Mais c'est un Homme ! », qui regroupait des professionnels de santé, des partis politiques d'oppositions, le syndicat de la magistrature et certaines structures associatives, publia une déclaration « *d'entrée en résistance* ». Reprochant à la loi de participer aux « *atteintes considérables portées aux libertés sociales* » et à « *l'éthique du soin psychique* »<sup>99</sup>, le texte invitait à la « *désobéissance civile* » en proposant un plan d'action incitant les soignant.e.s à ne pas mettre en œuvre les soins contraints en ambulatoire.

Parallèlement, ce détour a été l'occasion d'entrevoir une série de thèmes et d'interrogations qui nous seront utiles pour comprendre ce qui se joue au travers de la notification des droits faite aux personnes hospitalisées sans leur consentement qu'il s'agisse, par exemple, du caractère hospitalier ou inhospitalier des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie, des impératifs de sécurité et de protection de l'ordre public pouvant peser sur les pratiques professionnelles, ou encore de la capacité de la logique des droits, saisie à l'aune d'une exigence de contrôle et de traçabilité, à se connecter à celle du soin. Cette dernière dimension représente même un des axes de réflexion principal mobilisé par les personnes que nous avons rencontrées durant cette étude : la question de la notification des droits impliquant nécessairement de leur point de vue d'initier une réflexion plus globale sur les relations entre droit(s) et psychiatrie en interrogeant, d'une part, les façons de concevoir le soin psychique dans les unités de soin et, d'autre part, les « modes de présence du droit » (Angeletti et Chappe, 2024) au sein de ces mêmes unités – c'est-à-dire les modalités par lesquelles le droit peut ou doit se manifester dans les pratiques médicales et les orienter.

---

<sup>98</sup> Zagury D. et Vidon G. « Délirante loi sur les soins sans consentement ». *Libération*. 12/07/2011.

<sup>99</sup> Collectif « Mais c'est un Homme ». « Citoyenneté, liberté, psychiatrie. Déclaration d'entrée en résistance ». 01/08/2011.

## II/ Des professionnel.le.s de soin à l'épreuve de la notification des droits

Dans cette seconde partie, nous souhaiterions poursuivre la réflexion en recentrant l'analyse sur la procédure de notification des droits et en partant des difficultés mises en avant par les professionnel.le.s de soin qui ont à charge d'en assurer le fonctionnement. Cette section repose donc exclusivement sur les entretiens et les *focus groups* que nous avons réalisés avec cette catégorie d'acteur.ice.s même si certaines de ces difficultés ont pu être pointées par d'autres : juristes, ancien.ne.s usager.ère.s de la psychiatrie ou pair-aidant.e.s. Aussi, le choix de se focaliser ici sur les professionnel.le.s de santé comprend une raison avant tout démonstrative et méthodologique. En effet, cette fixation permet de délimiter l'espace d'analyse à un ensemble relativement cohérent de sources sans prendre le risque de trop se disperser et offre l'occasion d'entrer de façon plus poussée dans les manières qu'ont les services de santé de composer avec cette procédure. Par ailleurs, si les différentes formes de difficultés que nous allons présenter ont pu être thématiques par d'autres acteur.ice.s, il reste que leurs explicitations ont été beaucoup plus fortes chez les soignant.e.s.

Pour en rendre compte, nous suggérons de recourir à la notion d'*épreuves*. Cette dernière, utilisée en sociologie afin de qualifier les moments de doutes et d'instabilités que peuvent expérimenter les individus dans la réalisation de leurs actions (Chateauraynaud, 1991 ; Lemieux, 2018), présente l'avantage de conjuguer plusieurs éléments nous paraissant essentiels afin d'appréhender la place occupée par la notification des droits dans les unités de soin et les conditions de sa mise en œuvre. Tout d'abord, cette notion invite à être attentif à la dimension processuelle et tâtonnante des activités sociales. Ainsi, les travaux de Jean-Marc Weller (2018) ont par exemple bien montré que l'application d'une règle juridique ou le contrôle d'une situation locale, loin d'être une opération fluide, supposait un travail permanent de production et de (re)qualification mettant en scène une pluralité d'acteur.ice.s et de temporalités potentiellement sources de frictions demandant à être résolues. Dans ce cadre, le terme d'« épreuve » insiste sur la fragilité relative des activités sociales en pointant les résistances et les contremouvements qu'elles sont amenées à rencontrer, ainsi que les ajustements devant être déployés pour y répondre et permettre leur déroulement pratique. Ensuite, cette notion place au centre de l'analyse l'expérience, tantôt collective, tantôt individuelle, que les protagonistes font de ces moments de doutes et d'instabilités. Dans la mesure où l'épreuve renvoie à ce qui est éprouvant pour les individus (Hennion et Vidal Naquet, 2015 ; Mathieu-Fritz, 2021), elle permet d'être sensible aux tensions subjectives exprimées par les professionnel.le.s de soin lorsqu'ils et elles sont confronté.e.s à la notification des droits, mais aussi de rester ouvert quant aux formes de réflexivité qu'ils et elles peuvent engager pour en rendre compte et les résorber.

En reprenant une partie du langage utilisée par Marine Boisson et Jérôme Denis (2024) dans leur article sur la remontée des données sanitaires lors de la crise du Covid, trois grands types d'épreuves sources de difficultés, d'incertitudes voire d'inquiétudes sont ici distinguées. Notre propos visera simplement à en préciser les contours et nous laissons ainsi en suspens l'analyse du travail critique plus global lié à leur manifestation ou à leur thématisation. Tout d'abord, des *épreuves énonciatives*, focalisées sur le moment de notification des droits en tant que partage de l'information mettant en jeu deux protagonistes – l'un débiteur et l'autre destinataire. Ensuite, des *épreuves logistiques*, faisant référence à la dimension organisationnelle de cette procédure. Enfin, des *épreuves juridictionnelles*, relatives quant à elles à sa dimension hiérarchisée et au fait que cette séquence s'inscrive dans une division sociale du travail médical sujette à discussions.

## 1) Des épreuves énonciatives

Un premier type d'épreuve mentionné par les professionnel.le.s de soin renvoie donc directement à la situation de notification des droits et porte, plus précisément, sur l'impact que les énoncés médico-juridiques pourraient avoir sur les personnes hospitalisées. Quoi dire lors de cette procédure ? Comment le dire et pour quels effets ?

Si, dans l'ensemble, les personnes que nous avons rencontré.e.s estiment nécessaire de réaliser cette information et saluent les dispositions prises par la loi du 5 juillet 2011, beaucoup jugent néanmoins que cette dernière peut, dans certains cas, s'avérer difficile à mettre en œuvre et venir perturber les relations de soin. Aussi, la prise en compte de ces épreuves donne à voir une tension régulièrement mise en avant par les soignant.e.s entre, d'un côté, la volonté de répondre positivement à des obligations réglementaires et légales à visées générales, valables pour tous, et de l'autre, un raisonnement médical mené à partir de cas individuels, sensible à la variabilité des situations cliniques nécessairement singulières<sup>100</sup>.

Un élément abordé dans ce sens concerne notamment la temporalité de la notification et le fait que cette procédure doive s'effectuer dans les premiers temps de la prise en charge – c'est-à-dire à un moment où les relations thérapeutiques ne sont pas forcément stabilisées et où l'état psychique des personnes hospitalisées peut lui-même être perçu comme étant encore relativement « fragile ».

Dans ces conditions, les professionnel.le.s de soin soulignent les incompréhensions que cette séquence peut générer pour les « patient.e.s » – « *C'est difficile pour eux de comprendre le sens de tout ça. Ce sont des moments où ils ne sont pas bien [...]. On explique, mais ils sont parfois dans des états... Entre les traitements et la crise psychique, c'est compliqué pour eux de*

---

<sup>100</sup> Voir sur ce point, et dans un tout autre contexte, l'article de Renaud Crespin sur la transfusion sanguine et la manière dont les médecins du don tentent de composer avec la rationalisation de leur pratique (Crespin, 2016).

*comprendre* » (Laurine<sup>101</sup>. Infirmière) – et beaucoup s’inquiètent des effets néfastes qu’elle pourrait avoir sur la santé des sujets les plus vulnérables, en étant source d’angoisses ou bien en venant alimenter certains « troubles ». Cet argument, s’il n’est pas propre à la santé mentale<sup>102</sup> prend ici une teneur particulière compte tenu de la place occupée par la parole dans la clinique psychiatrique – celle-ci constituant à la fois le lieu d’expression des symptômes et l’un des outils à partir duquel mettre en place une partie des opérations thérapeutiques (Jacqueline, 2006 ; Marquis et Moutaud, 2020). Pauline, une interne en psychiatrie que nous avons rencontrée au lancement de l’étude, revenait longuement sur cette dimension et rappelait l’aspect parfois, « *contreproductif* » de la notification des droits :

*« Il y a des moments où on se retrouve dans des situations complètement délicates, où on a des patients qui sont convaincus dans... parce qu’il faut savoir que la plupart des délires sont des délires de persécution. Et donc, quand on les informe qu’ils sont hospitalisés là contre leur gré, on vient complètement alimenter leurs idées délirantes. Au lieu de les rassurer, paradoxalement, en leur disant « vous avez des droits, vous savez, vous pouvez faire ci ou ça », en fait, on les jette dans un truc... en leur disant : « Voilà, vous êtes hospitalisé sous contrainte, il y a un représentant de l’État qui a décidé que machin... moi, je vais faire des certificats... » [...]. Enfin, je veux dire, c’est hors-sol ! Donc, chez ces patients-là, qui sont très envahis par ce type de délire là, c’est vrai que c’est délicat, parce qu’on se rend compte qu’on participe... que les modalités dans lesquelles ils sont arrivés là, etc., peuvent alimenter ça, et que du coup, on devient nous-même l’objet du complot. Mais surtout ça peut les jeter dans un état d’angoisse pas possible. [...] Il y a des moments comme ça un petit peu ubuesque, où on se dit : « Bon, je le fais parce qu’il faut que je l’informe et j’ai un devoir d’information à l’égard de mes patients, tout en sachant que derrière, je vais créer peut-être des conditions de mal-être extrême ». [Donc] C’est vrai qu’il y a certains patients où on va distiller peut-être avec plus de parcimonie, ou en tout cas avec plus de vigilance, ce type d’informations-là. [...] Il faut faire hyper attention dans les mots qu’on utilise ».*

Ce type de problème est manifesté chez l’ensemble des soignant.e.s interviewé.e.s suivant des modalités contrastées. Si pour certain.e.s il ne s’agit que d’un horizon théorique, d’un simple risque se donnant finalement assez peu à voir dans la pratique, pour d’autres en revanche il

---

<sup>101</sup> Dans le cadre d’une démarche de pseudonymisation, l’ensemble des prénoms mentionnés dans ce rapport (que ce soit dans le corps du texte ou en annexe) sont fictifs.

<sup>102</sup> Dans son ouvrage dédié à la question de l’information diagnostic et pronostic dans le cas du cancer, Sylvie Fainzang montre bien que la médecine somatique est elle aussi traversée par une série d’incertitudes relatives aux capacités de compréhension des malades et aux effets éventuellement pervers que ces informations peuvent susciter : l’un des enjeux étant, pour les médecins, de savoir « comment annoncer au malade que son mal s’aggrave sans l’affoler ou le démoraliser ? » (2006 : 34).

représente une expérience relativement sédimentée liée à la présence d'épisodes marquants, voire tragiques – une praticienne évoquant par exemple avoir eu dans son service « *un passage à l'acte suicidaire réussi* » à la suite d'une notification incomprise.

À côté de cette dimension proprement discursive, un enjeu qui paraît se poser de façon récurrente touche à la question de la signature des documents de notification censés en assurer la traçabilité. Sur ce point, deux options sont prévues par la loi. Soit les personnes hospitalisées acceptent de signer le formulaire affirmant que l'information leur a bien été délivrée, soit elles refusent et ce sont alors deux soignant.e.s qui doivent signer le document afin d'attester de cette délivrance. Or, la plupart des professionnel.le.s de soin interrogé.e.s soulèvent la difficulté que constitue cette étape et les tensions pouvant en découler. D'une part, en tant qu'acte d'énonciation manifestant la présence d'un scripteur et son engagement dans la situation (Fraenkel et Pontille, 2003), la signature serait fréquemment assimilée à un acte de consentement aux soins alors même que les personnes se voient hospitalisées contre leur volonté. D'autre part, la possibilité pour les soignant.e.s de signer à la place de leur « patient.e.s » agirait comme un marqueur supplémentaire de la contrainte et viendrait réaffirmer des asymétries de positions. Lors du *focus group* que nous avons organisée en mars 2024 avec les professionnel.le.s de santé, une psychiatre exprimait très clairement cette difficulté qui constituait, selon elle, l'aspect le plus délicat des moments de notification des droits :

*« Moi, je n'ai pas tellement de difficulté à donner un papier, à expliquer ce qu'il y a dans le papier, mais c'est la signature, c'est de faire signer au patient, qui ne comprend pas. C'est-à-dire qu'ils ne comprennent pas qu'on ne leur demande pas leur consentement. On l'informe et c'est un accusé de réception. On a beau lui dire, « c'est comme à la poste, quand le facteur passe, vous donnez un colis, vous signez l'accusé de réception, vous ne demandez pas à ouvrir le colis avant ». Mais pour eux, signer, c'est donner le consentement. [Et] quand un patient refuse de signer, on a la possibilité de le signer à sa place. On signe à deux pour dire que le patient a refusé. Alors ça ! La persécution du patient qui voit que des personnes signent à sa place... ».*

Comme le montrent ces différents extraits, les professionnel.le.s recourent souvent des explications psychologiques pour rendre compte de ces incompréhensions et de ces épreuves, en faisant volontiers référence à l'état psychique des individus. Ce point constitue même un aspect important des évaluations négatives déployées par les médecins autour de cette procédure et, plus largement, autour de la judiciarisation des pratiques psychiatriques – certain.e.s d'entre elles.eux estimant que la loi de 2011 acterait d'une « *non-prise en compte de la vulnérabilité des patients psychiatriques* » voire, d'un « *déni manifeste de la maladie mentale* » la part de l'Etat. Derrière ces positions, ce qu'expriment les médecins c'est l'idée d'un décalage, d'une incompatibilité relative existant de leur point de vue entre les figurations

portées par la logiques des droits – qui tendrait à prioriser la référence à des valeurs d’autonomie et à défendre une lecture capacitaire des justiciables (Pols, 2003) – et celles issues de la logiques du soin qui, à l’inverse, insisteraient d’avantage sur la souffrance psychique des individus et les différentes formes d’incapacités ou d’entraves qu’ils peuvent rencontrer au début de leur prise en charge. Comme le rappelait une psychiatre en *focus groups* : « *Ce sont des patients qui sont, pour la plupart, en phase très aiguë de la maladie. Donc très vulnérables, très fatigables. On leur demande de recevoir des informations importantes, enfin moi je ne mets pas en cause leur importance. Mais du coup à un moment où le patient il est vulnérable [et] c’est vrai qu’on attend de la part de ces patients qui sont en soins sans consentement une sorte d’autonomie et de bonne santé mentale pour signer des papiers qui sont en décalage par rapport à la situation dans laquelle ils sont* ».

Toutefois, cette manière de voir les choses n’est pas la seule à être mobilisée – d’autres régimes explicatifs venant en effet la compléter. L’un d’entre eux concerne la structure même de la notification et la complexité intrinsèque des informations qu’elle contient. En fait, il ressort des entretiens que cette procédure amène à faire se rencontrer trois registres informatifs<sup>103</sup>. Premièrement, des informations de nature administrative, relatives aux modalités d’hospitalisation dont font l’objet les individus (SDT, SDRE, SPPI). Deuxièmement, des informations de type juridique précisant les droits attachés à chacune de ces décisions. Enfin, des informations médicales – diagnostiques ou symptomatologiques – dans la mesure où les certificats psychiatriques justifiant de la contrainte doivent idéalement être joints à la notification. Ce faisant, l’une des difficultés exprimées réside dans la technicité de ces différents ordres de discours et dans la capacité des acteur.ices – à la fois celles des soignant.e.s et celle des personnes hospitalisées – à se repérer dans ces énoncés multiples. Un psychiatre faisait référence à cet entremêlement énonciatif en *focus group* en prenant le cas des SDRE : « [Ici] c’est encore plus compliqué puisque le patient a fait quelque chose de mal. Alors là, l’institution policière se mêle du truc puisque c’est le préfet qui décide du placement. Il y a le juge qui regarde le préfet, et la médecine doit s’arranger de cette affaire-là. Et il faut notifier quoi au patient ? C’est compliqué. Il faut lui notifier une espèce de quadrangulation. Je ne sais pas comment est-ce qu’on pourrait dire, mais il y a plusieurs intervenants : l’intervenant policier, l’intervenant judiciaire, l’intervenant famille, l’intervenant sanitaire, enfin médical ».

Parallèlement, certain.e.s professionnel.le.s se disent « mal à l’aise » avec le langage juridique qu’ils ou elles estiment ne pas suffisamment maîtriser et considèrent difficilement compréhensible pour des non spécialistes. De leur côté, les certificats médicaux se voient, eux aussi, attribuer un degré assez élevé d’opacité : « *Quand on écrit un certificat, on écrit souvent avec un jargon qui est un jargon psychiatrique, qui est : anosognosie, ambivalence aux soins, etc. Enfin je veux dire, ils bitent que dalle ! Mais n’importe qui ne comprend pas. Ce n’est pas que les patients. Du coup, ils se retrouvent avec un texte qui est juste illisible pour la plupart* ».

---

<sup>103</sup> Pour un exemple de document de notification, voir l’annexe 1 du présent rapport.

*des gens et en plus, souvent, dans des situations où ils se sentent très persécutés et où ils ne sont pas contents d'être là » (Pauline. Interne en psychiatrie).*

Ensuite, certain.e.s soignant.e.s rappellent les représentations négatives associées à l'institution judiciaire pour tenter d'expliquer les incompréhensions ou les « angoisses » que la notification des droits peut susciter. Ici, les professionnel.le.s mettent en avant la charge symbolique véhiculée par les énoncés juridiques et le droit lui-même ; ce dernier apparaissant à leurs yeux comme une source non négligeable d'inquiétudes en raison de son assimilation communément admise à l'univers carcéral. Une figure souvent invoquée dans ce cadre est celle du juge, dont l'appellation officielle semblerait difficilement entendable : « *Ça s'appelle JLD, Juge des Libertés et de la Détention* ». Les patients entendent : « *détention* » – « *Qu'est-ce que j'ai fait ?* » Eux, le vivent comme ça » (Olivia, cadre de santé). Hélène, une autre cadre de santé, exprimait également cette idée lorsqu'elle nous faisait part de son expérience de la notification :

*« Il y en a, ça vient les angoisser, ça vient les persécuter encore plus qu'ils ne le sont. J'ai un patient qui ne voulait pas sortir de mon bureau, qui a commencé à tout me balancer. [...] Moi, souvent je disais : « Le juge des libertés », et pas « de la liberté et de la détention ». Ça fait trop carcéral. Certains... je me rappelle de gens désespérés : « Mais j'ai fait quelque chose de mal ? » Ils voyaient : « tribunal », « juge ». Quand on est venu déjà les chercher chez eux... Enfin, il y a des choses qui sont quelques fois assez violentes. Pour des gens lambda, qui n'ont jamais volé une cerise chez le marchand, se retrouver à l'hôpital et en plus, on leur dit qu'ils vont passer en audience, au tribunal, voir un juge, qu'ils auront un avocat commis d'office, ça fait quand même beaucoup ! Avec l'expérience, je vous assure que des fois, je faisais le choix de pas y aller. On n'a aucun intérêt, ni pour moi, ni pour le patient. Parce que quelque chose qui pouvait rester à peu près lisse, on le faisait démarrer ».*

Face à ces épreuves, les soignant.e.s peuvent développer différentes attitudes pour tenter d'en limiter la portée ou les résorber. Sans prétendre ici à une exhaustivité des postures utilisées à cette fin, une première abordée à la fin de cet extrait s'inscrit dans le cadre légal offert par la loi de 2011 et repose sur une stratégie d'évitement consistant à ne pas faire la notification des droits si l'état de santé des personnes est jugé trop vulnérable, et donc à différer la délivrance des informations juridiques à un moment ultérieur. Une seconde, fait écho à ce que David Pontille et Jérôme Denis appellent une pratique d'« écrémage » qui, au lieu de procéder à une lecture exhaustive des documents, « opère un balayage sélectif des zones sensibles » (2012 : 12). Cette technique est utilisée par les professionnel.le.s de soin quand ils ou elles ont à aborder la question des juges et des audiences, en évitant par exemple de mentionner le terme de « détention » ; lorsqu'ils ou elles choisissent de taire certains éléments diagnostiques présents dans les certificats, ou encore estiment potentiellement dommageable d'informer sur la possibilité de se saisir d'un.e avocat.e au moment des admissions. Une troisième, présentée plus

rarement dans nos entretiens, s'inscrit dans ce qu'il serait possible d'appeler une forme de « description »<sup>104</sup> clinique de la notification des droits invitant à s'en saisir comme un outil d'évaluation ou de confirmation diagnostique. Cette modalité, qui revient à traduire positivement les effets négatifs pouvant être associés à cette procédure, est par exemple mobilisée lorsque les soignant.e.s accèdent difficilement à la symptomatologie des « patient.e.s » et pour certains types de problématique. Dans la suite de son propos, la même cadre de santé évoquait cette possibilité :

*« Alors, des fois, si on veut le faire démarrer, au moins on a des éléments, mais on n'a pas d'intérêt à faire ça. Si on avait des doutes sur ce qui nous... Des fois, on le disait : « On va bien voir, quand on va lui parler de ses droits, on va bien voir comment il réagit ». Parce que cliniquement, quand on avait des doutes, des patients très verrouillés, qui ne laissaient rien paraître, c'est souvent des paranos, qui sont très hermétiques, très lisses comme ça. On se dit même : « Mais qu'est-ce qu'ils font là ? C'est bizarre, il n'y a rien. » Et auxquels on n'a pas accès. Généralement on leur parle de leurs droits, on a vite accès ».*

Enfin, une dernière approche tend à minimiser, tout en les reconnaissant, la portée des problèmes suscités par la notification des droits en les appréhendant à l'aune de leur contexte plus large d'inscription. Ici, les professionnel.le.s de soin rappellent les différentes formes de méfiances et de résistances pouvant jaloner les hospitalisations sous contrainte et nuancent la spécificité des épreuves énonciatives générées par cette procédure en la rapprochant à d'autres pratiques ou situations vectrices, elles aussi, d'altérations éventuelles dans les relations soignantes :

*« Quand la personne n'est pas encore en mesure de comprendre qu'elle n'est pas bien et qu'elle a besoin de ses soins, tout ce que le soignant va faire ou dire... C'est pour ça que c'est compliqué en psychiatrie [...]. Je m'explique : un patient qui est en psychiatrie, déjà on limite ses allées et venues. Il est dans une unité fermée, il a envie de sortir. Il va demander au soignant : « Je voudrais sortir ou je voudrais aller voir ça ou ça. » Le soignant va dire : « Ça n'est pas possible, puisqu'il y a cette mesure qui vous... » Donc, du coup, vous dites « non » à la personne. Donc, vous altérez l'alliance thérapeutique. [Autre exemple], c'est l'heure de la distribution des médicaments. Patient très halluciné. Vous avez un médicament à lui proposer pour enlever les voix. Il sait très bien que c'est un traitement qui va aider à enlever les voix, mais qui va aussi le sédaté un peu. Il va vous dire :*

---

<sup>104</sup> Le terme de « description » a été proposé par Madeleine Akrich (2006) pour qualifier la manière dont les utilisateur.ice.s d'innovations sociotechniques peuvent s'en saisir à distance des « scripts » ou scénarii initialement prévus par leurs concepteur.ice.s, au risque parfois d'en déformer ou d'en détourner les usages et les finalités.

« Non ». [...] Vous allez réaliser une injection sur le patient. [...] Vous allez faire signer la notification des droits au patient en disant : « Voilà, je viens vous voir pour vous faire signer la notification, le certificat et tout ». Il va dire : « Non, je ne suis pas d'accord, de toute façon, je suis hospitalisé abusivement ». Au début d'hospitalisation, tout le monde dit ça. [...] En gros, tout ce qui est fait – enfin, voilà, quelqu'un de très symptomatique au début – tout ce qui est posé avec quoi le patient n'est pas d'accord, peut altérer l'alliance thérapeutique. Et donc, moi, je mets cette notification des droits » (Catherine, cadre de santé).

## 2) Des épreuves logistiques

Un deuxième ordre de difficultés mobilisé par les professionnel.le.s de soin touche cette fois-ci la dimension logistique de la judiciarisation du travail psychiatrique. Ce type d'épreuve n'est pas spécifique à la procédure de notification des droits mais renvoie, plus largement, à l'impact que la loi du 5 juillet 2011 a pu avoir sur les services de santé et à la manière dont ces derniers ont eu à réorganiser leurs organisations afin de permettre le contrôle judiciaire de leurs activités.

Un élément mis en avant dans la littérature sur ce point (Marquès, Daoud, Stamatiadis et Chaltiel, 2013 ; Eyraud, Lainé, El Ayoubi et Parriaud, 2022) concerne notamment la tenue des audiences avec le Juge. En effet, comme nous l'avons indiqué, une des options proposées au sortir de la loi consistait à faire se déplacer les personnes hospitalisées dans les tribunaux, ce qui suscita de nombreuses critiques de la part des professionnel.le.s de santé. Le 25 juin 2010, peu de temps avant l'entrée en vigueur de la loi qu'il qualifiait d'« *anti-thérapeutique, [de] sécuritaire et [de] dangereuse* », le Collectif des 39 avait par exemple rédigé un communiqué presse demandant aux psychiatres de ne pas accompagner les personnes « *en état de grande souffrance psychique* » au tribunal via la rédaction de certificat médicaux de contre-indication. Comme le disait explicitement leur texte : « *Le juge doit se déplacer. Ce n'est pas notre problème, nous sommes des soignants, non pas des juristes, ni des auxiliaires ! Pour des personnes en état de grande souffrance psychique, de bouleversement moral, de désorganisation mentale, [...] se retrouver dans un Tribunal ne peut qu'aggraver les troubles psychiques, amplifier l'angoisse, provoquer encore plus de troubles mentaux* »<sup>105</sup>.

Bien qu'il soit difficile de savoir dans quelle mesure cet appel a été suivi en pratique, Hélène, cadre de santé que nous avons déjà citée et qui avait débuté son activité en tant qu'infirmière au début des années 2010, racontait ainsi la manière dont avait été reçue la mise en place des audiences dans son ancien lieu d'exercice et les problèmes logistiques liés à de tels déplacements :

---

<sup>105</sup> Collectif des 39. « Après la manifestation Place de la République. Refuser cette loi anti-thérapeutique, sécuritaire et dangereuse ». 25/06/2011.

*« Nous, notre président de CME s'était opposé fermement à la présentation au JLD et à la mise en place de la loi. Du coup, je crois que la première année, tous les médecins mettaient une représentation. Il demandait à tous les médecins de s'opposer à l'application de cette loi. Et du coup à [nom du site], au moins la première année, aucun patient n'était présenté au JLD [...]. Ils étaient opposés parce qu'ils trouvaient que c'était complètement fou et qu'on ne nous donnait pas les moyens non plus. Parce qu'amener un patient au JLD... parce qu'à l'époque, à la mise en place, on devait aller [...] au tribunal de grande instance [d'une autre ville]. Sauf qu'en fait, on passait devant le JLD, mais au même titre que tout le monde. Ce n'étaient pas des séances qui nous étaient réservées, donc on faisait la queue et on pouvait passer une matinée entière comme ça, à attendre. On n'avait pas de créneau. Et en fait, au début, on n'avait pas les moyens humains et logistiques, pour faire ça. Enfin, à quel soignant on demande de passer une matinée pour examiner si administrativement, l'hospitalisation est conforme ? Et faire déplacer le patient ? C'était complètement fou. [...] Il y a toute une logistique. Il fallait prévoir aussi l'accompagnement, parce qu'un service qui se déplace, c'est un accompagnateur, un conducteur. Donc c'étaient deux soignants qui devaient partir du service pendant je ne sais combien de temps. En fait, rien n'était prévu ».*

Cette situation changea cependant assez rapidement. En mars 2012, la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme rédigea un avis plaidant en faveur d'audiences foraines, au sein des établissements de santé, afin de limiter la non-présentation des justiciables et d'éviter la « *promiscuité regrettable entre malades et délinquants dans les couloirs du Palais de Justice* » (CNCDDH, 2012). Cette option, qui sera finalement celle retenue par le Code de la Santé Publique, engendra néanmoins de nouvelles contraintes. Pour accueillir le Juge des Libertés et de la Détention et assurer la tenue des audiences au sein des structures hospitalières, il fallait en amont que les unités soient en mesure de disposer de salles répondant à une diversité de normes censées « *assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public* »<sup>106</sup>.

Si depuis ces moments de reconfigurations successifs les choses paraissent relativement stabilisées, il est important de mentionner le cas particulier des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) pour lesquels les audiences judiciaires sont centralisées et se déroulent sur un unique site, commun à l'ensemble des unités d'hospitalisation. Dans cette situation, qui concerne la majeure partie de nos interlocuteurs, une des difficultés rencontrées réside, comme auparavant, dans l'acheminement des « patient.e.s/justiciables » et dans la planification que présupposent ces accompagnements – à la fois en termes de gestion du personnel soignant et en termes de transport. Poursuivant sur la situation actuelle, Hélène, revenait ainsi sur les

---

<sup>106</sup> Article L. 3211-12-2 du Code de la Santé Publique.

différentes adaptations effectuées dans son unité afin de gérer au mieux ces déplacements tout en insistant sur le manque de personnel :

*« On en a de moins en moins, quand même, des soignants. On a des trous partout. En fait, ils ont mis [...] en place un dispositif où c'était : sur une structure, ils avaient quatre demandes. Ils envoyaient un minibus et tout le monde partait ensemble dans le minibus, ou c'étaient des taxis. Enfin, c'était un peu... parce que [là où elle travaillait avant], il y avait zéro taxi, c'étaient que des ambulanciers, donc c'était très limité. Ici, ils ont un petit peu arrangé, enfin entre guillemets « facilité ». Et surtout quand ils ont mis les audiences, ils ont aussi organisé les horaires des audiences en fonction des équipes. C'est-à-dire que moi, quand je suis arrivée, mes équipes, elles étaient en sept heures trente. Donc, il fallait adapter. On n'était pas sur les mêmes profils des douze heures. Moi, j'avais deux équipes : une équipe qui partait, une équipe qui revenait. Donc, si mon audience elle était à quatorze heures, c'était départ treize heures, et je faisais venir les gens une demi-heure. Enfin, le soignant qu'on avait identifié, je le faisais venir une demi-heure avant pour qu'ils partent avec le patient, parce que là, ça ne pouvait pas reposer sur l'équipe du matin. Mais c'est tout une... [Donc] ils ont mis en place un accompagnateur. Sauf que le gars, on ne sait pas quand est-ce qu'il est là. Des fois il est là, des fois il n'est pas là, donc c'est vachement pratique ».*

Concernant plus spécifiquement la procédure de notification, ces épreuves logistiques, prennent comme axe de préoccupation la question de la production et de la circulation des supports censés informer les personnes hospitalisées au sujet de leurs droits. Autrement dit, alors que les épreuves énonciatives vues précédemment tendaient à focaliser l'attention sur le moment de notification et à montrer que les manières de faire cette mise en information dépendaient en partie des évaluations et des anticipations émises par les soignant.e.s au sujet des personnes hospitalisées, ce second type d'épreuves invite pour sa part à sortir d'une conception purement langagière ou interactionnelle de la notification en s'intéressant à son « infrastructure » (Bowker et Star, 2023)<sup>107</sup>, son architecture organisationnelle et matérielle. Très concrètement, et si l'on prend par exemple la notification d'admission, les médecins doivent rédiger un ou plusieurs certificats. Ces documents sont ensuite transmis au secrétariat du service qui les envoie, par voie informatique ou par fax, au Bureau de la Loi de l'hôpital. Cette instance, créée à l'issue de la loi de 2011 et qui peut être vue comme une véritable « organisation frontière » (Aust et Benamouzig, 2022) chargée d'assurer la tenue des audiences avec le Juge des Libertés et de la Détention et de garantir les échanges entre le monde médical

---

<sup>107</sup> La notion d'infrastructure a été proposée par Geoffrey Bowker et Susan Leigh Star (2023) pour qualifier des réseaux plus ou moins complexe et mouvant mettant en relation des objets, des personnes, des organisations sans lesquels les activités sociales et techniques ne pourraient se tenir.

et celui de la justice (Eyraud, Lainé, El Ayoubi et Parriaud, 2022), génère alors le formulaire de notification des droits spécifique à chaque personne et le retourne ensuite aux équipes soignantes qui pourront ainsi les informer de leur statut juridique – ce type d’opérations se répétant à plusieurs moments de la prise en charge, que ce soit pour les décisions d’admission à 24h, les décisions de maintien à 72h, la rédaction des avis motivés sous huitaine en vue des audiences avec le juge puis à l’issue de ces audiences.

En ce sens, la notification des droits n’est pas un acte isolé et ne se fait pas de façon automatique. Elle s’inscrit dans une chaîne plus vaste d’écriture et d’intermédiaires, un réseau sociotechnique, articulant une pluralité de protagonistes. Ces derniers sont alors de différentes natures puisqu’il s’agit à la fois de médecins, de soignant.e.s, d’agents administratifs, mais aussi d’objets : des calendriers, des stylos, des logiciels informatiques, des téléphones, des imprimantes ou plus simplement encore du papier. Bref un ensemble d’entités, humaines et non-humaines, devant s’agencer les unes par rapport aux autres afin, précisément, de garantir la recevabilité légale des hospitalisations et qui, chacune à leurs façons, peuvent être sources de désalignements, de « couacs » ou d’erreurs, risquant de conduire à des irrégularités sur le plan juridique. Comme le disait Denise, une psychiatre cheffe de pôle :

*« [Avec] la loi de 2011, il a fallu mettre plein de process pour que les certificats soient transmis en temps et en heure avec un calendrier précis et qu’au retour de ces certificats, justement on les notifie aux patients. [Il a fallu] réfléchir à qui notifie aux patients, à comment on fait, à qui enregistre – parce que tout ça dans une ruche hospitalière, ça ne tombe pas sous le sens – et à comment on fait ça. Parce qu’après, il faut que ça soit enregistré et que ça soit envoyé aussi au JLD. [...] Il y a un énorme arsenal administratif qui fait que si le patient [ou le médecin] par exemple se trompe de date, ce qui peut arriver, on peut avoir une mainlevée parce qu’il y a un vice de procédure puisque la date est mauvaise. Encore aujourd’hui, même si on est à plus dix ans de la loi, il y a ce type d’erreurs qui subsiste, parce qu’on est dans le milieu de la santé. Ce sont des soignants. Ce ne sont pas des officiers de justice, et ce sont des patients. Ce ne sont pas des gens qui sont dans une procédure. [Puis] il faut sortir le papier. Si l’imprimante est en panne, on n’y arrive pas. Il y a tous ces trucs-là qui font que ça devient vite un truc infernal ».*

Cette procédure implique donc un important travail de coordination de la part du personnel hospitalier et l’un des problèmes exprimés sur ce point touche à la fluidité des transmissions que les équipes peuvent nouer avec le Bureau de Loi. En effet, s’il est inscrit que l’information sur les droits doit se faire le plus rapidement possible suivant un calendrier et des délais précis, des retards dans l’acheminement des pièces peuvent se produire du fait de cette nécessaire interdépendance entre services. Ce qui se joue ici pour les soignant.e.s, c’est la réactivité de cette instance et de leurs propres unités. Or, les entretiens laissent entendre une certaine disparité. Dans certains cas, le Bureau de la Loi siège dans le même bâtiment que les équipes

soignantes. Cette situation apparaîtrait alors relativement confortable car facilitant les échanges entre acteur.ice.s du fait de leur coprésence dans un même espace ; coprésence qui paraît en outre bénéfique pour les professionnel.le.s de soin étant donné qu'elle leur offre la possibilité de se tourner vers les agents du Bureau en cas de doutes ou d'interrogations juridiques. Toutefois, il n'est pas rare qu'une distance spatiale sépare les unités d'hospitalisation de ce bureau. C'est du moins ce qu'ont pu nous dire les personnes exerçant au sein de GHT et qui doivent également composer avec un Bureau commun à plusieurs sites. Au-delà d'avoir pu froisser les adaptations locales trouvées antérieurement, cette situation est problématique pour beaucoup car elle rendrait difficile les échanges informels et tendrait à augmenter les risques de retard dans le transfert des documents. Béatrice, une cadre de pôle ayant connu ces deux modalités d'organisation, se disait ainsi très insatisfaite du fonctionnement actuellement en vigueur dans son service :

*« Avant [...] le Bureau de la Loi se trouvait sur le site même. Chaque site avait son cadre administratif. C'est-à-dire, on avait un certificat et on allait à l'accueil. On le donnait à la dame à côté qui allait le traiter et hop ! C'était fait. Mais donc, maintenant qu'on [a fusionné], ils ont tout centralisé dans ce qu'on appelle un Bureau de la loi qui se trouve à [autre lieu]. Donc, on doit tout attendre de ce Bureau de la loi [et] il a fallu se réajuster. On n'est pas du tout satisfait du fonctionnement de ce Bureau de la loi. On n'a rien contre le Bureau de la loi, mais le fait que tout soit centralisé, ça complique énormément notre travail. On aurait aimé que ce soit comme avant, décentralisé sur chaque site, on était beaucoup plus réactif, je pense, en termes de droits des patients, etc. Du fait que ce soit centralisé, on passe notre temps à s'appeler, à se dire des gentilles, pour dire : « Et alors, pourquoi vous n'avez pas envoyé tel certificat ? ». [Et] notre cadre administratif qui s'occupait du Bureau de la Loi, maintenant, elle est cadre administratif de pôle : elle gère le budget, voilà... on lui a demandé de changer de fonction ».*

Abordant cette dimension logistique à l'occasion du *focus group* organisé avec les soignant.e.s, un psychiatre évoquait pour sa part les contraintes temporelles liées à cette intermédiation, quand d'autres pointaient les aspects plus informatiques et techniques de la procédure de notification des droits :

*« **Psychiatre 1** : Comment on fait valoir nos certificats ? Qui les envoie [...] dans les délais, avant la fermeture des bureaux ? C'est une énorme partie des problématiques dues à la contrainte. Une énorme partie. Les coups de chaud par mail qu'on reçoit des secrétaires qui disent « il est 12h30 ! ». Mais ce n'est pas parce que c'est 24h et que vis-à-vis de la loi, je ne sais pas quoi... C'est parce que le Bureau ferme à 13h le vendredi. Et ces coups de chaud, ce sont des coups de*

*chaud de jours ouvrés. Ce n'est pas tellement qu'on a peur du juge. On a peur de la fermeture du Bureau.*

**Psychiatre 2 :** *Et dans les complications il y a aussi est-ce que l'imprimante va fonctionner, est-ce que le scan va passer ?*

**Psychiatre 1 :** *Voilà ! voilà !*

**Psychiatre 2 :** *Est-ce que le réseau est suffisant pour qu'on puisse nous envoyer les documents ? C'est vrai qu'il y a énormément de perte de temps et c'est presque contre-productif par rapport au temps de soin toutes ces questions en effet de... qui sont des questions purement administratives et logistiques.*

**Psychiatre 3 :** [Puis] *le week-end les collègues qui viennent juste faire des astreintes et qui ne savent pas comment il faut faire ou qui ne connaissent pas le code d'accès.*

**Psychiatre 1 :** *Qui ne connaissent pas le logiciel...*

**Psychiatre 3 :** *Oui voilà !*

**Psychiatre 1 :** *C'est une grosse partie. Ce n'est peut-être pas la plus passionnante à développer ici, mais quand même c'est beaucoup ».*

Dans cette organisation, il faut souligner que les secrétaires occupent un rôle prépondérant. Comme ont pu le montrer certain.e.s auteur.e.s s'étant intéressé.e.s au travail de secrétariat en contexte hospitalier, les activités dévolues à ces agent.e.s varient suivant les services, voire au sein d'un même service, en fonction des médecins, des cadres, et des demandes que ces différent.e.s professionnel.le.s peuvent leur soumettre. Néanmoins, il ressort de ces études que les tâches effectuées par les secrétaires, souvent peu visibles et jugées par d'autres comme peu gratifiantes, sont essentielles à la vie des unités. Elles constituent « le lubrifiant qui permettent le fonctionnement de toute l'institution » (Avril, 2019).

Dans le cas qui nous occupe, le rôle des secrétaires apparaît d'autant plus important qu'il leur incombe d'assurer une grande partie du travail de maintenance nécessaire à l'acheminement des notifications et donc, à l'effectivité de cette procédure. Ce point a d'ailleurs bien été mis en avant par Tonya Tartour dans sa thèse sur les transformations des modes de gouvernement de la psychiatrie hospitalière (2021). D'une part, ces agent.e.s se situent à l'intersection des unités de soin et du Bureau de la Loi – ce sont elles.eux qui transmettent les certificats médicaux, qui reçoivent les documents de notification et en informent les soignant.e.s. D'autre part, ils ou elles gèrent le suivi administratif des « patient.e.s » à l'aide de tableaux de bord récapitulants, pour chacun.e, les différents types de certificats à produire, les délais juridiques devant être respectés, et se livrent également à des opérations de vérification sur la rigueur réglementaire des textes produits. Giselle, une cadre de pôle anciennement cadre de santé, se rappelait ainsi du rôle joué par les secrétaires dans le guidage des activités soignantes et la mise en conformité des procédures de notification des droits :

*« Les secrétariats, ce sont eux qui avaient un peu toute la question des délais, donc ils notaient. Je me rappelle, il y avait des tableaux, ils notaient : premier certif, docteur machin ; deuxième, untel ; troisième... C'est ce qu'expliquait le Docteur X. l'autre jour : il y a des délais contraints. C'est horodaté. Donc si les délais sont dépassés, la mesure tombe. [...] Donc ce sont les secrétariats qui sont très attentifs pour rappeler aux médecins. Ils ont un rôle primordial, dire : « là, il faut faire le certificat cet après-midi avant 17 heures ». [...] C'est une gestion. Il y a la rédaction du certificat et évidemment son contenu est issu de l'entretien avec le patient. Donc du colloque singulier. Mais par ailleurs, il y a quand même vraiment toute cette tenue de tableau de bord, par rapport aussi à la conformité. Parce qu'il y avait ça aussi, toute la conformité [...] cocher la bonne case, mettre les bons entêtes, etc. [parce que] si vous en oubliez un bout, ça tombe. C'est le formalisme ».*

Un dernier élément à prendre en compte au sujet de ces épreuves logistiques touche à l'articulation des différentes lignes de travail – à la fois en termes de temporalité, de faisabilité et de régimes d'action. Ces situations se donnent par exemple à voir lorsque la notification des droits est réalisée par les psychiatres à l'occasion de leurs entretiens cliniques. Dans ce cas de figure, l'information sur les droits se voit en effet confrontées à d'autres enjeux – thérapeutiques ou diagnostiques – qu'elle peut venir enrayer du fait des épreuves énonciatives lui étant associées. Comme nous le disait une psychiatre : *« Ça peut prendre du temps. Du coup, ça traîne. Ça fait aussi un facteur confusionnant. Les patients, ils ne comprennent pas les notifications. Il faut bien voir que pour la plupart d'entre eux, c'est incompréhensible. [Donc] On va perdre un temps fou sur l'entretien, parce que tout va se passer uniquement autour de ce papier qu'il faut signer et du coup on n'arrive pas à parler d'autre chose »* (Isabelle. Psychiatre). On retrouve également cette problématique dans les notifications post-audiences JLD. En cas de maintien des mesures d'hospitalisation, les individus ont la possibilité de faire appel de la décision et les juges disposent de plusieurs semaines pour réévaluer les dossiers. Cependant, il ressort des entretiens que ces démarches peuvent, dans certaines situations, s'avérer difficiles à mettre en œuvre en raison des temporalités propres à l'institution judiciaire et apparaître inadaptées du point de vue des professionnel.le.s de santé lorsque, sur le plan clinique, l'état de santé des personnes paraît s'améliorer et qu'une sortie semble prochainement envisageable. Denise, une psychiatre que nous avons déjà eu l'occasion de mentionner revenait sur cette dimension en évoquant les formes de dissuasion auxquelles cette contradiction pouvait conduire :

*« On a des patients qui font appel, ce qui est leur droit. Ça leur a été signifié. Mais il faut savoir que quand un patient fait appel, il prend quinze jours d'hospitalisation dans la vue, c'est-à-dire que l'appel se fait dans les quinze jours. Le juge a quinze jours pour réévaluer le dossier. [...] Les appels, à la fois les patients se disent : « je*

*vais faire appel, parce que je ne veux pas être hospitalisé ! ». Mais de toute façon, on est obligé de garder la personne quinze jours, le temps que le juge restitue sur le truc. [Donc] pour les patients qui seraient en cours de sortie, on les dissuade de faire appel, parce qu'on leur dit : « attendez, vous commencez à aller mieux, ça se trouve dans cinq jours vous êtes sorti ». Ce n'est pas pour ne pas faire valoir leur droit ! C'est pour qu'il ne se trouve pas pieds et poings liés à l'hôpital, alors que nous, on voit bien l'évolution du patient, elle est plutôt favorable »*

Enfin, un problème souvent mis en avant dans les entretiens concerne plus spécifiquement la notification des droits faite aux individus faisant l'objet de mesures d'isolement ou de contention. Comme nous l'avons dit en introduction, depuis la réforme du Code de la Santé Publique de 2020, les équipes soignantes sont dans l'obligation d'informer les personnes concernées par de telles mesures de leurs droits et de leur possibilité de « saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée »<sup>108</sup>. Toutefois, et sans forcément contester le fond de cette réforme, certain.e.s soignant.e.s comme Hélène pointent les difficultés pratiques liées à cette information en raison des situations de mise en risque qu'elles peuvent supposer :

*« Quand ils sont en isolement et en contention, on a aussi les notifications. [...] On doit leur remettre une lettre d'information, comme quoi le médecin doit venir toutes les six heures, toutes les douze heures, ils peuvent saisir le juge des libertés... Mais, en chambre d'isolement, en contention, saisir le juge des libertés, on fait comment ? On envoie un pigeon voyageur ? On fait quoi ? On va lui donner une feuille et un stylo ? Le stylo, il nous le plante entre... enfin, il y a des trucs... on devient complètement dingue. Et donc, là, on a eu des levées d'isolement pour des patients totalement délirants, où normalement, on est censé leur ouvrir la porte et les remettre dans le service. [Mais] s'ils sont en isolement, c'est qu'ils ne sont quand même pas très bien, là. Et nous, on doit arriver avec notre feuille et notre stylo ».*

### **3) Des épreuves juridictionnelles**

Un dernier type d'épreuve renvoie à la manière qu'ont les soignant.e.s d'adosser la procédure de notification des droits à un territoire professionnel. Pour le dire autrement, l'enjeu est ici de savoir à qui, à quel corps de métier doit appartenir la réalisation de cette tâche sachant que les innovations en santé, qu'elles soient d'ordre clinique ou procédurale, soulèvent bien souvent la question de savoir quel espace professionnel devra en être le propriétaire et est l'occasion, pour les acteur.ice.s ou les disciplines impliquées, de réaffirmer ou de redéfinir leurs zones d'interventions légitimes (Brennan et Suchman, 2020).

---

<sup>108</sup> Article L3222-5-1 du Code la santé Publique modifié par la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020.

Cette interrogation occupe une place particulière dans notre étude car elle permet d'approcher une grande partie des tensions liées à ce dispositif et les raisons pour lesquelles sa mise en œuvre est jugée insatisfaisante, tant par les professionnel.le.s de soin eux-mêmes que par les juristes, les usager.ère.s ou les pairs-aidants. En outre, elle permet d'entrevoir un élément bien mis en lumière par le Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté (2020) à savoir, la variabilité des manières de faire entre les services de santé. En effet, dans la mesure où la loi n'indique pas qui, au sein du personnel soignant, doit en avoir précisément la responsabilité, il apparaît que les unités de soin ont déployé différentes modalités d'attributions et que ces choix se sont opérés au carrefour des ajustements trouvés par les équipes au lendemain de la loi et des jeux des négociations qui ont pu les animer en interne. Revenant longuement sur cette dimension, un cadre de santé nous faisait ainsi part de l'état des discussions et des positionnements exprimés durant cette période au sein de son service :

*« Historiquement, la nouvelle loi est passée et d'emblée ça avait fait un tollé, avec finalement : « C'est encore de l'administratif » – au niveau médical notamment – « C'est de l'administratif qu'on nous demande de faire, ce n'est pas à nous de le faire. » C'est pour ça que suivant les unités que vous allez rencontrer, les personnes, ne vont pas être les mêmes. Donc, au départ, ça a été un tollé, c'est-à-dire : « Nous, au niveau médical, on ne fera signer aucun document, ce n'est pas l'objectif. Nous, on n'est pas formés pour cela. Et c'est administratif, donc ça doit être un administratif ». Il y a eu toute une période où ils ont considéré que ça devait être le bureau des admissions qui devait venir faire signer ces documents-là. [Mais] quid quand même que d'aller, quand on est administratif, dans un milieu de soin et pouvoir s'adresser à un patient tout en lui donnant finalement clairement des informations alors qu'il n'est pas forcément en capacité de pouvoir l'être et parce qu'on ne connaît pas la pathologie. [Donc] après, ça a été un peu reporté sur les infirmiers, mais les infirmiers disaient : « Moi, la loi, je ne la connais pas plus que ça. Et puis, finalement, ça entrave la relation que je peux avoir avec le patient ». [...] Voilà ce qui était dit. Et finalement, régulièrement du coup, ce sont les cadres de santé qui sont un peu entre – ils sont un peu la roue – qui souvent font ça » (Olivia, cadre de santé).*

De ce fait, suivant les contextes, la notification des droits peut tout aussi bien revenir aux infirmier.ère.s ou aux cadres de santé, mais aussi aux psychiatres, voire aux secrétaires. Giselle disait par exemple avoir « bataillé » pour que, dans son unité, cette procédure incombe aux psychiatres et non pas aux cadres de santé en raison notamment des contraintes temporelles :

*« Nous, on n'avait pas souhaité avec l'encadrement que ce soit fait... parce que grosso modo, il y a trois interlocuteurs possibles, ou quatre on va dire : médecin, cadre, infirmier ou secrétariat [...] Dans le service dans lequel j'exerçais, c'était*

*le médecin. On avait demandé et obtenu, arraché de hautes luttes, que ce soit les médecins qui n'étaient pas forcément ravis. [...] On avait un peu bataillé pour ça, parce que c'était la mise en place et qu'on ne se voyait pas arriver avec nos documents, déjà en termes de chronophage. On estimait que rattacher à l'entretien médical, ça prenait un petit peu de temps, mais qu'il pouvait y avoir une forme de logique. Les médecins arguaient que non, pour eux, parce qu'ils étaient sur le soin [et] que ça ne faisait pas partie de leur travail clinique. Mais bon ils le faisaient quand même ».*

Ainsi, dans la plupart des unités rencontrées, des catégories spécifiques de professionnel.le.s se sont vu attribuer la réalisation de cette tâche. D'autres ont néanmoins pu opter pour une certaine fluidité afin, notamment, de limiter les épreuves logistiques y étant associées et augmenter la réactivité des équipes – la charge de la notification revenant, dans ce cas de figure, au personnel soignant disponible pour la faire en fonction des impératifs locaux :

*« Le psychiatre ne gère pas ce genre de trucs, « pas de paperasse ! ». [Nous] ce sont les équipes qui s'occupent de ça et qui expliquent aux patients. [Et ça peut être] n'importe qui : un infirmier, un aide-soignant, une étudiante... Nous on a fait le choix que ce ne soit pas uniquement le travail du cadre de santé de faire signer parce que ça nous paraissait plus fluide que ça puisse être tout le monde, sinon on attendait beaucoup : quand le cadre n'est pas là, c'est difficile. [Donc] ce n'est pas réservé à quelqu'un en particulier. Et nous, on considère que c'est un travail soignant [...] parce que ça permet justement la relation au patient. Ce sont les équipes qui sont là tous les jours avec le patient ». (Béatrice, Cadre de pôle).*

Au regard de ces extraits, un élément à mettre en exergue réside dans le fait que la notification des droits semble se présenter comme un objet relativement hybride, placé à l'interface de champs professionnels différents et pouvant être saisi à l'aune de « cadrages »<sup>109</sup> tout aussi différents. D'une part, en tant que procédure s'effectuant au contact direct de personnes hospitalisées se trouvant en situation de vulnérabilité, elle peut être vue comme un acte soignant. D'autre part, en tant que pièce intégrée aux dossiers d'audience qui devront être déposés devant le Juge des Libertés et de la Détention, la notification peut être appréhendée comme un acte juridico-administratif. Un échange que nous avons eu avec deux secrétaires exerçant dans le même établissement illustre bien cette dualité. L'une d'entre elles estimait en effet que la notification des droits relevait de ces attributions : « Ça reste administratif. Il faut que chacun ait sa place : le soignant, c'est pour soigner, les papiers, c'est la secrétaire. Enfin, moi, c'est comme ça que je vois les choses. Pour moi, c'est mon job » (Elise, secrétaire

---

<sup>109</sup> La notion de cadre est déployée par Erving Goffman (1991) pour désigner les schémas cognitifs et pratiques organisant l'expérience sociale des individus et leur permettant d'y prendre part.

médicale). Ce à quoi répondait la seconde : « *Je n'ai pas du tout le même avis. Pour moi, on n'a pas à être en présence... enfin on n'a pas à aller faire signer le patient. [...] On n'est pas formés pour être confrontés aux patients, rentrer dans l'unité. Il nous manque de la formation médicale. [Donc] je passe par l'intermédiaire des soignants. Je n'irai jamais au contact des patient, comme ça, en ne sachant pas forcément comment les appréhender. Ce n'est pas ma compétence* » (Françoise, secrétaire médicale).

Autrement dit, les façons qu'ont les professionnel.le.s de santé de s'engager dans cette procédure et de la mettre en sens dépendent en grande partie des manières qu'ils et elles ont de circuler entre ces formes de cadrage et de l'adosser à une logique spécifique. De ce point de vue, deux pôles peuvent être schématiquement distingués. Le premier, minoritaire à l'échelle de notre corpus, tend à considérer que l'information sur les droits fait partie intégrante du travail de soin et doit, en ce sens, être réalisée par des soignant.e.s. Suivant cette approche, et même si ces acteur.ice.s reconnaissent l'importance des épreuves énonciatives et logistique qu'il peut générer, l'acte de notification est vu comme relevant de la responsabilité médicale et comme une occasion de créer du lien avec les individus en instaurant, avec eux, une forme même minimale de confiance. Dans ce cadre, la notification ne se limite pas uniquement à la délivrance d'une information ou à la réalisation d'une procédure juridico-administrative, mais possède d'autres finalités jugées plus essentielles en agissant comme médium censé garantir un certain accueil, une certaine hospitalité, en « *rassurant les personnes quant à l'exercice de leur droits* » (Catherine, cadre de santé) à leurs entrées dans les services, et comme un moyen susceptible de renforcer l'alliance thérapeutique avec certaines d'entre elles.

*« On peut se désengager complètement et prendre le parti de dire : « Je vais alimenter quelque chose, donc je ne le fais pas. » Mais en même temps, qui signe les certificats ? C'est nous [...]. Qui dit : « Toi, tu as besoin de soins » ? C'est nous. On ne peut pas se défausser de notre responsabilité comme ça. Enfin, moi, pour moi, je trouve que ça fait partie intégrante de mon rôle, parce qu'à un moment on prend la responsabilité de faire des hospitalisations sous contrainte, ou alors on décide qu'on arrête. [C'est de la] transparence. On n'est pas là pour se voiler la face. Si on a décidé que ce patient, il était hospitalisé sous contrainte, c'est parce qu'on pense qu'il y a une nécessité aux soins et on ne peut pas imaginer dire : « Moi, je pense que tu as besoin de soins et d'être là même contre ton gré, et en même temps, je ne veux pas t'informer de ça parce que c'est administratif et que moi, ça ne me concerne pas. » Ça me paraît... C'est comme informer sur les effets secondaires d'un traitement, c'est exactement la même chose [...]. Ça fait partie du b.a.-ba qu'on doit avoir avec les gens ». (Pauline. Interne en psychiatrie).*

En revanche, pour tout un ensemble de professionnel.le.s, l'inscription de la notification des droits dans une logique de soin est plus difficile à tenir. Dans cette seconde posture, majoritaire, la notification est avant tout vécue comme un acte administratif ou comme un acte juridique

ayant finalement peu à voir avec le « sens de leur mission » (Strauss, 1992) principale centré avant tout sur l'accompagnement des « patient.e.s » et la gestion de leurs états de santé. Les professionnel.le.s rappellent ici que le droit ne constitue pas leur domaine de spécialisation, pointent le manque de formation qu'ils et elles ont pu avoir en la matière et, dans ces conditions, les difficultés qu'ils et elles rencontrent à s'engager dans un discours sur les droits.

Par ailleurs, assimilée à de la « *paperasserie* », la notification des droits est souvent appréhendée comme une tâche secondaire voire ingrate qu'ils et elles aimeraient pouvoir déléguer à d'autres acteur.ice.s ; et il n'est pas rare que ce type de posture soit adossé à une critique de la place occupée par la dimension administrative dans le travail médical. Certain.e.s soignant.e.s rencontré.e.s évoque en effet l'idée d'une perte de sens dans leur métier voire d'un délitement de la clinique psychiatrique du fait de l'ampleur prise par les contraintes bureaucratiques qui se feraient aux détriments du soin. Une psychiatre faisait part en entretien de cette « *lourdeur incommensurable* », formulant l'hypothèse que cet aspect des choses participait à « *décourager les plus jeunes médecins de rester à l'hôpital* » ; quand une considérait que le problème résidait moins dans la notification des droits elle-même que dans une accumulation de tâches et de productions écrites qui, mises bout à bout, impacteraient ses conditions de travail et la signification qu'elle peut donner à ses activités :

*« Moi, je n'ai pas fait psychiatre pour faire signer des notifications [...]. Je vais vous dire un truc. Pourquoi tout le monde rechigne à faire signer ce truc ? Parce que c'est de la paperasse qui nous envahit complètement [alors que] c'est un moment d'échange. On est là pour les soins du patient, donc il faut qu'on soit avec lui par rapport à ça. Il faut qu'on puisse l'accompagner, parce qu'autrement, il va être angoissé, etc. Mais honnêtement, c'est tellement de paperasse [...] et ça vient se rajouter au reste. Ça vient se rajouter à l'isolement. Ça vient se rajouter à la contention où on a plein de papiers à faire. Ça vient se rajouter à l'indicateur qualité [et] au bout d'un moment, les soignants et les médecins, on se dit : « qu'est-ce que j'ai fait de ma journée ? ». Moi encore plus en tant que chef de pôle. J'ai passé mon temps à gérer les lits, à faire les papiers [...]. Voilà ce que je faisais en vous attendant. On est des machines à produire de l'administratif. Ma mission, c'est de soigner des patients, comme c'est la mission des soignants. C'est le côté administratif qui nous rebute ».*

Si l'on entre un peu plus dans cette orientation, il ressort qu'elle repose la plupart du temps sur une lecture que l'on pourrait dire « dissociée » de la notification des droits, cette dernière comprenant, comme nous l'avons vu, au moins deux registres informatifs : l'un portant sur les modalités d'hospitalisation et le pourquoi de la contrainte, et l'autre sur les droits juridiques y étant rattachés. Aussi, si ces soignant.e.s considèrent effectivement que l'information sur les droits et les voies de recours ne relèvent pas nécessairement de leur fonction – cela d'autant plus que beaucoup rappellent leur manque de compétence et l'absence de formation juridique

qu'ils et elles ont pu avoir dans leur cursus – il en va tout autrement de l'information portant sur les mesures de contraintes. Celle-ci apparaît en effet comme un point de passage obligé et possède une valeur importante, à la fois en tant que levier permettant aux praticien.ne.s de lancer leurs investigations – c'est-à-dire, comme support de narration et d'exploration durant les entretiens cliniques – et en tant que liant dans les relations thérapeutiques qu'ils et elles tentent de nouer lors des premières rencontres avec les « patient.e.s ». Isabelle, psychiatre, revenait par exemple sur cette distinction à différents moments de notre discussion :

*« Quand on les rencontre, on va tout de suite leur dire dans quel cadre ils sont hospitalisés. Vous êtes hospitalisés, ces mesures de soins sont contraintes ou c'est une hospitalisation à la demande de la préfecture de police. On va leur dire : vous n'êtes pas ici de votre plein gré. On va questionner leur consentement. [...] Souvent on commence l'entretien comme ça. On reçoit la personne, je vais lui dire : « Bonjour, vous êtes ici sous contrainte, comment cela se fait, qu'est-ce que vous avez compris ». Le début de l'entretien, ça va être autour du mode d'hospitalisation pour qu'il puisse nous expliquer ce qu'il fait là. [...] En revanche, l'intention aux droits, je pense que ce n'est pas à nous de la faire et d'ailleurs, c'est pour ça qu'on ne la fait pas. Honnêtement, on donne le papier, mais sauf si la personne questionne vraiment, sinon on n'informe pas sur les droits, aussi parce qu'on n'y connaît pas grand-chose. Ce n'est pas notre domaine. On n'a pas du tout été formés au droit [...]. Il y a deux choses. Il y a le fait de les informer qu'ils sont hospitalisés sous contrainte et le fait de leur dire leurs droits face à cette contrainte. Ce sont deux choses différentes. Je trouve que c'est à nous d'informer le patient qu'il est sous contrainte. C'est notre responsabilité. C'est nous qui faisons les certificats. En revanche, les droits et les devoirs, quelque part ce n'est pas notre sujet et en plus, s'ils commencent à nous poser des questions, on ne sera pas à même de leur répondre ».*

\*

\* \*

La démarche adoptée dans cette partie consistait à interroger les manières dont les professionnel.le.s de soin tentaient de composer avec la notification des droits en revenant sur les difficultés et les incertitudes qu'ils et elles pouvaient rencontrer dans la réalisation de cette tâche. Cette entrée, qui se donnait pour objectif d'étudier les pratiques des acteurs.ice.s à partir des formulations et des opérations de problématisation qui les accompagnent (Dodier, 2024), entendait ainsi donner à voir les conditions de mise en œuvre de la notification des droits dans les services de santé et appréhender quelques-unes des tensions pratiques générées par la judiciarisation du travail psychiatrique.

Un élément qui ressort assez nettement de cette exploration réside dans les contradictions que semblerait revêtir, pour les soignant.e.s, l'investissement dans une logique des droits, centrée autour d'une exigence de traçabilité et de régulation, par rapport à la logique du soin et son attente de restauration ou de préservation de la santé humaine. Comme nous l'avons vu, une problématique qui revient de façon récurrente dans nos entretiens touche en effet à la complexité qu'il y aurait pour les professionnel.le.s à tenir ces deux registres normatifs et à répondre simultanément à chacune de ces dimensions : que ce soit par exemple en raison de la vulnérabilité psychique dont pourraient témoigner les personnes hospitalisées au début de leurs hospitalisation; de la mécanique organisationnelle et du travail de coordination devant à être déployé afin de permettre le contrôle judiciaire de leurs activités ; ou encore en raison des interrogations professionnelles pouvant y être liées et des façons qu'ont les protagonistes de définir le sens de leur métier.

Par ailleurs, l'explicitation de ces épreuves – énonciatives, logistiques et juridictionnelles – permet d'isoler autant de façons qu'à l'univers juridique de se manifester aux yeux des soignant.e.s. Tout d'abord, en tant qu'ordre de discours à part entière devant s'ajuster à des situations cliniques nécessairement singulières et potentiellement instables. Ensuite, en tant que contrainte à la fois collective et matérielle supposant une attention soutenue aux réseaux sociotechniques censés assurer le « passage du droit » (Latour, 2002) dans les hôpitaux psychiatriques. Troisièmement, en tant que sujet de discussion éthique renvoyant à la délimitation des rôles et de responsabilités professionnelles de chacun. En ce sens, il importe de préciser qu'aucun.e professionnel.le.s de soin rencontré.e.s au cours de cette étude ne s'est directement opposé.e.s à la procédure de notification des droits ou, plus largement, à la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière. Au contraire même, l'idée qu'une évaluation extérieure de nature juridique soit faite sur leur travail apparaît pour beaucoup comme une nécessité au regard des dérives ayant pu marquer l'histoire de la psychiatrie et de son passé asilaire, et tous.les les acteur.ice.s interrogé.e.s ont estimé important d'agir en faveur d'une meilleure prise en considération des droits des personnes hospitalisées sous contrainte au sein des services de santé. Ce faisant, si des réticences n'ont pas manqué de s'exprimer dans nos échanges, il convient de garder à l'esprit que ces dernières étaient moins liées à des oppositions de principe vis-à-vis du contrôle judiciaire ou de l'information sur les droits, qu'aux conséquences éminemment pratique que pouvaient avoir, dans la conduite des activités soignantes, les manières d'organiser ce contrôle et de faire cette information. Autrement dit, un des problèmes exprimés par les professionnel.le.s de soin ne concerne pas en tant que telle, et à un niveau général, la judiciarisation de leurs activités mais bien plutôt, les formes prises actuellement par cette judiciarisation dans les unités de soin.

Enfin, il convient de souligner les relations que ces trois niveaux d'épreuves peuvent avoir les uns avec les autres et d'acter de leur circularité relative. En effet, si chacune d'elles peut faire l'objet d'une explicitation autonome, il reste que ces épreuves possèdent une certaine correspondance et un certain degré de réciprocité. Ainsi, comme nous avons pu le voir, certaines

épreuves énonciatives – par exemple, le fait que la notification puisse être source d’angoisse ou encore le souci de la signature – peut venir renforcer certaines épreuves logistiques et, tout particulièrement, le problème de l’articulation entre les différentes lignes de travail dans le cas, par exemple, des entretiens cliniques. En outre, ces épreuves énonciatives et logistiques ont également des implications sur le plan juridictionnel en appuyant le sentiment, chez certain.e.s professionnel.le.s, que la notification de droits ne fait pas pleinement partie de leurs missions. Non seulement le fait que la mise en information sur les droits puisse alimenter certains « troubles » peut être appréhender comme contraire la logique du soin mais en plus, mais aussi, l’entretien des chaînes d’écritures et des intermédiaires nécessaires à la production et à la circulation des documents de notifications peut accroître la lecture purement administrative que les soignant.e.s font de cette procédure.

### **III/ Les axes de la critique. Entre artificialité, désintérêt et inhospitalité**

Dans cette dernière partie, nous proposons d'élargir l'analyse des rapports entretenus à l'égard de la notification des droits en nous intéressant aux propos tenus par l'ensemble des acteur.ice.s rencontré.e.s au cours de cette recherche : professionnel.le.s du soin et du droit ; ancien.ne.s usager.ère.s de la psychiatrie ; pairs et proches-aidants. Alors que les sections précédentes nous ont permis d'appréhender la genèse de la loi de 2011 et de mieux comprendre la nature des épreuves rencontrées par les soignant.e.s dans la réalisation de cette séquence, nous n'avons pas encore investigué les positionnements exprimés plus largement autour d'elle. Dans ce cadre, l'enjeu de cette partie sera d'explicitier, dans la somme des schémas de jugement énoncés, les axes structurants de la critique formulée à l'encontre de cette procédure et, plus globalement, au sujet de la reconnaissance des droits dans les unités psychiatriques. Pour ce faire, nous nous sommes particulièrement intéressés à la façon dont les participant.e.s se saisissaient du thème de l'ineffectivité attachée à la notification des droits, sans pour autant limiter leur travail évaluatif à cet unique dispositif et sans non plus entraver les montées en généralité qu'ils ou elles pouvaient opérer à son contact. Respectant en cela la démarche pragmatique initiée tout au long de cette étude, il s'agissait dans l'analyse de rester ouvert aux rapprochements et aux élargissements suggérés par les individus dans l'exercice de leur sens critique afin d'isoler les attentes plus générales qu'ils ou elles pouvaient exprimer.

Sur cette base, il ressort que les orientations critiques prises par les acteur.ice.s gravitent, d'une façon assez générale, autour de trois registres susceptibles d'expliquer selon elles.eux l'insuffisance de cette notification en matière d'accès au(x) droit(s). Notre propos consistera dès lors à revenir sur chacun de ces registres critiques pour, en conclusion, tenter d'isoler quelques-unes des attentes normatives les traversant.

Le premier renvoie à ce que l'on pourrait appeler la *critique de l'artificialité des dispositifs* et prend comme axe de préoccupation principal l'approche bureaucratique déployée autour des droits des personnes hospitalisées en soin sans consentement. Le second correspond à une *critique du désintérêt professionnel*, et se focalise sur le degré de concernement et d'implication des agent.e.s agissant au sein des dispositifs juridiques d'accès au(x) droit(s). Enfin, un dernier registre s'inscrit dans une critique plus large de la psychiatrie hospitalière avec comme point de départ l'expérience négative de la contrainte vécue par les personnes concernées. Plus précisément, cette *critique de l'inhospitalité* insiste sur les différentes formes de disqualification et d'atteinte que peuvent ressentir les usager.ère.s des services de santé et invite à repenser l'économie des relations au sein des unités de soin.

## 1) La critique de l'artificialité des dispositifs

Cette première orientation critique s'inscrit dans la continuité des épreuves – énonciatives, logistiques ou juridictionnelles – abordées précédemment et s'articule à des formes de dénonciation prenant pour cible le fonctionnement des dispositifs juridiques (notification des droits ou audiences avec le Juge de Liberté et de la Détention) censés assurer la présence du droit dans les hôpitaux psychiatriques : leur philosophie de conception et leur capacité d'action. Elle a comme particularité d'être mobilisée en priorité par les professionnel.le.s de soin de même que par la majorité des usager.ère.s, des pairs ou proches-aidants, que nous avons rencontrés. Elle s'enclenche au contact d'expressions pointant l'incohérence de ces dispositifs – les participant.e.s qualifiant très régulièrement ces derniers de « *kafkaïens* », d'« *ubuesques* », d'« *aberrants* » ou encore d'« *absurdes* ».

### Le problème de la procéduralisation du rapport aux droits

La critique de l'artificialité s'attache notamment à l'idée que les dispositions prises à la suite de la loi du 5 juillet 2011, loin de viser une véritable prise en considération des droits des personnes hospitalisées en soin sans consentement, participeraient plutôt d'une mise en scène juridique permettant aux institutions de se donner « bonne conscience ». Abordant par exemple la question de la signature présente dans la notification des droits, une personne concernée estimait en *focus group* qu'il s'agissait « *d'une façon de se dédouaner* » et qu'au travers de « *toute cette paperasse, il y a un peu l'institution qui se protège et qui cherche à faire adhérer à une situation difficile pour les patients. Je n'ai pas le sentiment de quelque chose qui protège le patient* ». Par ailleurs, pour appuyer cette perception, certain.e.s acteur.ice.s n'hésitent pas à mentionner l'historique de la loi de 2011, en rappelant notamment que l'attention portée à la question des droits n'était pas prévue par cette réforme dont l'objectif initial s'inscrivait avant tout dans une logique sécuritaire – un avocat utilisant par exemple l'expression « *d'accident industriel* » pour qualifier la manière dont s'était opérée la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière en France.

Surtout, cette critique reproche la lecture bureaucratique que les institutions médico-juridiques et l'Etat engageraient vis-à-vis des droits des personnes hospitalisées et fait, en ce sens, directement écho aux propos tenus par certain.e.s soignant.e.s au sujet de l'ampleur prise par les tâches administratives dans leurs activités quotidiennes. Ici, les participant.e.s insistent sur le caractère « *hors sol* » (*Focus group* usager.ère.s), voire « *démesuré* » (Tiphaine. Magistrat) des dispositifs et des procédures imposées par les politiques publiques. Ils ou elles soulignent leur accumulation ainsi que leur incapacité à se montrer opérantes du fait de leur formalisme déconnecté « *de la réalité du terrain* » (Zoé. Proche-aidante) – certaines personnes s'interrogeant même sur leurs effets éventuellement pervers en termes de respect des droits. Abordant les épreuves énonciatives attachées à la notification et sa temporalité désajustée, Zoé, dont le fils avait été hospitalisé en soin sans consentement, faisait ainsi référence à l'état

psychique vulnérable des individus lors de la notification des droits et pointait l'aspect essentiellement procédural, sans profondeur et sans signification, de cette mise en information : « *Tu as des patients qui prennent des drogues hyper violentes et pour redescendre ça peut prendre un mois. Alors ok, tu peux leur faire signer un papier. C'est fait ! Ok. Super. Mais la personne elle n'est pas en capacité de comprendre ce qu'elle a signé, ça n'a pas de sens* ». A noter également que ce type de posture se retrouve au sujet des pratiques d'isolement et de contention. Sabine, responsable d'une association luttant contre la stigmatisation et la discrimination dans le champ de la santé mentale, revenait par exemple sur les débats ayant entouré la réforme de 2022 destinée à mieux encadrer l'usage de ces mesures, et se montrait quelque peu circonspecte quant à ses apports véritables :

*« Il y a eu un débat en amont de la promulgation, parce qu'il y avait deux choix. Grossièrement, il y avait : soit essayer de mettre des moyens, prendre vraiment l'orientation de la réduction des hospitalisations sans consentement [en se disant] « on va prendre une orientation de, le respect des droits de la personne, c'est vraiment la priorité et on va tout faire pour que les soins soient le plus respectueux et donc accompagner le changement des pratiques, etc. Mettre le paquet pour vraiment attaquer le problème à la source ». [Soit se dire] « on va renforcer encore plus le contrôle de la mesure ». Et le choix a été fait de renforcer le contrôle de la mesure. C'est vraiment dommage, parce qu'il y a eu une opportunité ratée. [...] À se demander si le pari, ça n'avait pas été de dire « ça va être tellement compliqué que les gens ne vont plus mettre les gens en isolement et contention par peur de toute la paperasserie qu'il va y avoir derrière » [...]. C'est un vrai problème politique, parce que finalement, la complexification des procédures de respect des droits va à l'encontre du respect des autres droits d'une certaine façon, parce que ça décourage les soignants qui doivent se coltiner cette jungle administrative. Ça les dégoûte. Moi, je peux le comprendre aussi. Il y a vraiment un effet pervers alors que ça aurait pu être beaucoup plus simple. C'est à se demander si la complexification administrative, elle ne vient pas desservir plutôt que servir les droits ».*

L'argument défendu ici invite à nuancer l'opportunité qu'il y aurait de focaliser la logique des droits *uniquement* autour d'une exigence de contrôle et de traçabilité. Plus précisément, et même s'ils ou elles estiment nécessaire de « *surveiller* » les médecins afin de s'assurer qu'ils ne fassent « *pas n'importe quoi au niveau de la loi* » (Denise. Psychiatre), les acteur.ice.s qui s'engagent dans ce registre mettent d'abord en avant la dimension relationnelle attachée à la question des droits et cherchent à rendre visibles les décalages existant, à leurs yeux, entre les modalités actuelles de présence du droit dans les hôpitaux et la diversité des formes d'irrespect ou des atteintes jugées à la fois plus diffuses, plus quotidiennes et plus essentielles, que les personnes hospitalisées pourraient éprouver. Patricia, rattachée à la Commission des Usagers

d'un hôpital exprimait bien cette idée lorsque, en abordant la question de la notification, elle affirmait par exemple que : « *Le patient a le droit d'être. Il a droit à la dignité, à l'intimité, au respect de sa vie privée. Et pour moi ça, en fait, c'est au-delà de ce côté très juridique* ». De la même manière, ce psychiatre considérait en *focus group* :

« [Qu'avec] *la question de la notification des droits et de la manifestation du juridique à l'hôpital, on a l'impression que quand on fait bien ça, bah du coup on a tout fait ! Et c'est vrai que je deviendrais dingue ! Je ne sais pas si vous avez déjà été hospitalisé mais, quand on ne vous dit pas quand vous sortez, ça rend absolument dingue et y'a aucune loi qui nous oblige à le dire. Y'a aucune loi qui nous oblige à laisser son paquet de clopes à un patient ou à lui laisser son téléphone. C'est à la discrétion des équipes... Mais par contre on lui a fait signer à 24h alors qu'il était en petit pyjama un papier et y'a aucun problème. [...] Le fond du problème c'est que les services ne sont pas très habités par les soignants, qu'ils sont un peu désertés psychiquement et un peu désinvestis. En même temps, allez investir un service d'hospitalisation publique hein ! Il faut y aller. Ça ne sent pas bon et nous, on a des seaux parce que ça fuit. Et les seaux, ils sont là depuis longtemps parce que l'ARS ne nous file pas de blé. [...] Il faut y aller pour investir le lieu. Et investir les lieux c'est être avec les patients, ne pas rester dans les bureaux soignants... Par contre on a fait signer tout ce qu'il fallait et on est dans les clous vis-à-vis de la loi. Moi j'y vois vraiment un rapport* ».

Un élément important concernant la critique de l'artificialité réside ainsi dans le fait qu'elle s'articule à une forme de désenclavement de la question des droits hors des seules sphères juridique et judiciaire. En effet, les acteur.ice.s s'en saisissent pour travailler, d'une façon plus générale, la question du rapport à la clinique psychiatrique ou encore celle de la gestion politique des enjeux de santé mentale – en invitant par exemple à la mise en place de campagnes de sensibilisation publique ou au déploiement plus massif des directives anticipées en psychiatrie afin de limiter les hospitalisations sous contrainte<sup>110</sup> Par ailleurs, l'expression de cette critique est souvent l'occasion pour les participant.e.s de rappeler le manque de moyens, financiers et humains, alloués à la psychiatrie hospitalière, un avocat tenant par exemple à préciser en préambule de notre entretien l'« *insuffisance notable de moyens [dans] la prise en*

---

<sup>110</sup> Les directives anticipées constituent de nouveaux dispositifs destinés à favoriser l'autonomie des individus et le principe de consentement aux soins. Ils permettent aux personnes concernées de rédiger leurs instructions et leurs préférences à destination des professionnel.le.s de santé et de leurs proches pour les cas où elles se trouveraient dans l'incapacité d'exprimer leurs volontés et ont comme visée explicite de participer à la réduction du recours à la contrainte en psychiatrie. Des études et certaines méta-analyses montrent ainsi que la rédaction de ces directives et leur utilisation dans les services de santé réduiraient de 25 % le risque d'hospitalisation sous contrainte (Molyneaux, Turner, Candy et *al.*, 2019). Au-delà, ces mesures auraient des effets positifs en termes d'autonomisation des « patient.e.s » et réduiraient la perception de la contrainte auprès des personnes hospitalisées (Maître, Debien, Nicaise et *al.*, 2013 ; Tinland, Loubière, Mougeot et *al.*, 2022).

*charge des personnes atteintes de troubles mentaux* » et la situation « *sinistrée* » dans laquelle se trouverait la psychiatrie. Certain.e.s soignant.e.s s'inquiètent de la montée en puissance d'une « éthique de la procédure »<sup>111</sup> dont l'un des effets serait de nier la singularité et la spécificité du soin psychique ainsi que son ancrage nécessairement relationnel et humaniste. Faisant le rapprochement entre la problématique de la judiciarisation des pratiques psychiatriques et celle de l'évaluation de la qualité des soins, le même psychiatre estimait ainsi que :

*« Comme on ne fait plus confiance au fait que la médecine est d'abord une expérience humaniste, humaine, de quelqu'un face à quelqu'un qui doit vibrer un peu de concert [...] que ça repose, sur la relation d'un humain à un humain euh... et bien comme ça, ça disparaît, on remplit des cases. [...] Il faut, toutes les deux minutes, remplir les cases de la question judiciaire comme des données, des datas. De la même manière, sur la question de : « les équipes sont-elles capables de faire des soins de qualité ? ». Tout à coup, comme on n'a plus fait confiance aux soignants pour faire des soins de qualité [...] on a fini par arrêter de leur demander « pensez-vous avoir fait des soins de qualité ? » par « avez-vous rempli le critère A ? ». Sachant que la HAS est dépositaire de ce qu'est la qualité des soins. Ce n'est plus du tous les soignants, ce n'est plus du tous les patients. [Mais] ce n'est pas en multipliant les données, en multipliant les datas, que vous allez créer la confiance et comprendre quelque chose à la maladie mentale. Ce n'est pas comme ça que ça marche. C'est plus probablement en remettant au centre de la question psychiatrique la question de ce que c'est qu'une relation ; de ce que c'est de comprendre la souffrance de l'autre et de comment il faut être formé pour ça. Pas simplement à la lecture d'IRM, pas simplement à la compréhension des études statistiques, pas simplement comme ça. Il y a autre chose qu'il s'agirait de qualifier et dont il s'agirait de faire le socle de la formation médicale vraiment quoi ! ».*

## **Le souci de la participation usagère**

Parallèlement, la critique de l'artificialité s'articule à deux autres arguments. L'un d'entre eux met en avant l'absence de participation des personnes concernées au sein des dispositifs juridiques, tant dans leur fonctionnement interne que dans leur conception initiale.

Cette critique est présente principalement chez les usager.ère.s, pairs ou proches-aidants rencontrés durant la recherche et a comme caractéristique de se tourner, conjointement à la notification des droits et aux audiences JLD, vers l'ensemble des mesures prises au nom de la

---

<sup>111</sup> Dans son travail sur l'épidémie de sida, Nicolas Dodier montre bien comment depuis les années 1990 le monde médical a pu rencontrer une série de transformations tant dans les manières de concevoir ses assises épistémiques que dans son rapport à l'éthique. Suivant l'auteur, à une éthique clinique valorisant l'expérience singulière des médecins tendrait à se substituer une éthique à distance, fondée sur la production de guidelines et de standards ainsi que sur le respect de procédures juridicisées (Dodier, 2003).

démocratie en santé. Comme nous l'avons mentionné en introduction du rapport, les années 2000 ont été marquées par la promotion de la participation usagère et par la volonté de mieux prendre en considération les personnes concernées et leurs proches dans la vie institutionnelle des établissements via, notamment, la mise en place d'instances représentatives. Si ces innovations ont initialement pu susciter quelques espoirs de changements auprès de certain.e.s acteur.ice.s, plusieurs personnes interrogées se montrent néanmoins déçues par ces mesures qui représenteraient, finalement, une sorte de façade démocratique. Evoquant son expérience de la représentation usagère, Esther disait ainsi avoir été « *instrumentalisée* » au sein de ces dispositifs qui n'adossaient la recevabilité de sa parole qu'à la forme témoignage et reprochait plus globalement l'architecture « par le haut » et donc, à ces yeux, nécessairement inopérante des politiques institutionnelles de promotion des droits :

*« Je me suis rendu compte que je ne pouvais pas faire grand-chose dans ces instances. D'où ma réelle question sur la participation des usagers. Parce que ce sont des instances de démocratie sanitaire où ce sont les personnes usagères qui doivent se former sur ces outils de démocratie sanitaire, mais est-ce que c'est vraiment de la démocratie ? [Et] l'arrivée du juge et des 12 jours honnêtement, ça n'a pas changé grand-chose dans la perception ou dans le vécu qu'on avait ou qu'on avait eu de l'hospitalisation sans consentement. [...] Alors ok y'a le droit des patients et c'est placardé partout dans les hôpitaux, mais ça ne change rien à l'appropriation de ces droits et à une réelle compréhension de ces droits. C'est le problème de la démocratie, de la démocratie sanitaire, de la démocratie en santé. C'est de croire que les usagers vont s'emparer des outils qu'on a réfléchis sans eux et pour eux. [...] L'institution psychiatrique, même si elle revendique des droits aux personnes concernées, c'est très difficile pour elles de se les approprier. Parce que ça part d'en haut pour arriver en bas ».*

Concernant spécifiquement les dispositifs juridiques érigés à la suite de la loi de 2011, cette critique de l'absence ou de la fausse participation des personnes concernées touche principalement les audiences avec le Juge des Libertés et de la Détention. En effet, il ressort des entretiens que le passage par ce dispositif, loin d'apparaître comme un moment d'accès au(x) droit(s), peut venir renforcer l'expérience d'une certaine fatalité ou d'une certaine hétéronomie constitutive de la contrainte en psychiatrie. Plusieurs usager.ère.s, à l'instar de Benoit, affirmaient ainsi avoir eu le sentiment de ne pas « *du tout être acteur à ce moment-là* » et subir les décisions prises à ses dépens. Sur ce point, la critique porte essentiellement sur la dépendance jugée trop forte des juges vis-à-vis des évaluations médicales ou l'aspect, en apparence, strictement procédural de leurs prérogatives. Christophe et Diane faisaient part de cette problématique en revenant sur leurs expériences des audiences en tant que proche et personne concernée :

*« Quand tu es dans une phase paranoïaque, tu es victime du truc et personne ne veut t'écouter. « Je vais voir un juge, je vais pouvoir lui expliquer, il va comprendre quoi ! il va comprendre que je n'ai rien à faire là ». Et le mec te dit « non mais moi je ne peux pas juger de votre état mental, je vais juste vérifier que les certificats ont bien été réalisés et que tout est fait dans les règles ». « Bah oui, si tu as juste à vérifier, pourquoi tu as besoin de moi en fait ? Fais ça avec mon avocat et basta ! Laisse-moi tranquille ne me donne pas de faux espoir quoi ! » » (Christophe. Entretien)*

*« Quand j'ai vu comment ça se passait... De toute façon les réponses elles sont fixées d'avance. Donc de toutes les manières, le juge ne prendra pas un autre avis que celui du médecin. Donc moi quand... fin j'ai halluciné parce que tout était ficelé d'avance et de toute façon, même l'infirmier m'avait dit « ne vous attendez pas à ce que cela change quoi que ce soit », parce que j'y suis allée la première fois, puis une deuxième, et je me suis bien baladée au frais de la princesse, mais de toute façon, il y avait clairement... le juge ne prendra aucune décision différente de celle du médecin. Donc tout ça, merci, on paye bien les impôts. J'ai eu le droit à un taxi avec chauffeur, plus l'infirmier, plus le palais chauffé en plein covid avec pas un chat dedans voilà... Tout ça c'est du pipeau, c'est du pipeau ! » (Diane lors d'un focus group).*

## **Une demande de médiation et de contre-pouvoir**

Enfin, un dernier élément mobilisé dans ce registre renvoie à la place occupée par le droit dans les services de santé et à la portée réelle des dispositifs juridiques : leur impact dans la vie quotidienne des personnes hospitalisées sous contrainte. De ce point de vue, un nombre assez important d'acteurs mettent en cause la présence quelque peu fantomatique du droit – en tant qu'institution et levier d'action potentielle – dans les unités de soins et il ressort que, pour beaucoup, trop souvent encore « *hôpital psychiatrique rime avec vide juridique* » (Focus group usager.ère.s).

Par rapport au registre de l'artificialité et concernant la question de la notification des droits, cette appréciation se comprend au regard du manque de suivi et de relais juridique dans les services de santé. La critique s'axe alors sur le décalage existant, d'une part, entre la mise à disposition d'une information relative aux droits et, d'autre part, l'impossibilité pratique de s'en saisir en contexte de vulnérabilité. Comme nous le disait Benoit en entretien : « *Dire « tu as des droits, utilise-les mon coco ! », mais sans avoir personne qui va vous accompagner dans cette utilisation avant que vous deveniez capacitaires à utiliser cette information... C'est-à-dire qu'on va vous la balancer à la figure. On a respecté nos droits, tout le monde est content, chacun rentre chez soi. Mais il y a clairement un chaînon manquant là-dedans, quelqu'un qui va nous accompagner dans la possibilité d'exercer nos droits* ». Fiona, pair-aidante,

mentionnait le même genre de décalage lorsqu'elle se souvenait avoir tenté d'écrire au juge afin de contester ses conditions de prise en charge :

*« La notification, vous savez ce que... ? Moi, je me souviens, quand j'étais hospitalisée sous contrainte la dernière fois, il y avait un panneau dans le couloir qui dit : « Vous pouvez écrire, si vous estimez... ». Alors, on m'a donné un vieux crayon papier, une vieille feuille dégueulasse... Mais on n'arrive même pas à écrire, parce qu'on a les mains qui tremblent, parce qu'on ne peut pas se concentrer... parce qu'on n'est pas, en fait, en capacité d'écrire. Mais j'ai quand même essayé. Maladroitement. Et je suis allé voir dans le bureau de l'infirmier, en disant : « Voilà, je voudrais que vous donniez ça à un juge, parce que je proteste, je conteste mon internement ». Mais je ne sais pas ce qu'ils... Qui vérifie ? ».*

Autrement dit, la procédure de notification des droits ne peut se suffire à elle-même. Pour qu'elle puisse se doter d'une certaine efficacité sociale et ainsi faire face à ces imputations d'artificialité ou de mise en scène, il importe aux yeux de beaucoup de l'adosser à des formes de médiations susceptibles d'accompagner, *dans les services de soin*, les individus dans l'acquisition de leurs capacités juridiques et la possibilité de les faire valoir.

Cette problématique, relative à l'incarnation de la sphère juridique, est soulevée par une diversité de personnes rencontrées dans cette étude et pour qui la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière opérée au carrefour des années 2010, loin de simplement signifier un contrôle formel des activités médicales, devrait également participer à la limitation des différentes formes de pouvoir au sein des unités de soin. Comme il était dit à l'occasion d'un de nos *focus groups* par une personne concernée : *« Pour tous les sujets en psychiatrie, on ne peut pas faire l'économie de la question de qui a le pouvoir dans le milieu où on est. Je trouve qu'on est trop soumis au pouvoir des médecins en hôpital psychiatrique et qu'il n'y a pas de contre-pouvoir dans ce lieu qui puisse permettre de contrebalancer, critiquer, [et] je pense que ce serait intéressant d'avoir une pratique du droit à l'intérieur des services psychiatriques pour ça ».*

Dans ce cadre, il faut souligner que cette problématique est également présente chez certains soignant.e.s et, tout particulièrement, chez celles et ceux qui estiment que la réalisation de cette procédure ne devrait pas faire partie de leur juridiction et qui souhaiteraient en déléguer l'exercice à d'autres catégories d'acteur.ice.s. En effet, cette posture repose sur plusieurs formes de justification. D'abord, comme nous l'avons indiqué dans la section précédente, ces professionnel.le.s insistent régulièrement sur leur manque de connaissances et de compétences juridiques. Ensuite, il n'est pas rare que cette posture et le désir de délégation qui l'anime soient appuyés par la volonté d'agir en faveur d'une meilleure défense des droits des personnes hospitalisées en soins sans consentement ainsi que par le souci de tenir, dans les unités de soin, des formes de contre-pouvoir plus efficaces. Or, pour certains médecins, les options prises au

sortir de la loi de 2011 – singulièrement le fait de confier aux soignant.e.s le soin de réaliser la procédure de notification – apparaissent largement insatisfaisantes. Ces dernières tendraient en effet à renforcer leur pouvoir en faisant du corps médical le seul garant de l'accès au(x) droit(s), et certain.e.s estiment nécessaire d'introduire en ce sens un « tiers juridique » dédié à la notification des droits en envisageant, par exemple, la mise en place de binômes soignants/juristes – d'autres suggérant également d'y inclure des pairs-aidants. Cette dimension était présente lors du *focus group* que nous avons organisé avec les soignant.e.s, une des psychiatres présente s'interrogeant par exemple dans les termes suivants :

*« Quelque part, je trouve qu'il y a des choses qui sont complètement aberrantes. [...] Quel est l'intérêt de faire intervenir un juge ou la loi là-dedans, si elle doit être encore une fois incarnée par le soignant ? » L'idée, c'est quand même de venir faire intervenir un tiers là-dedans pour défendre les droits d'un sujet, le patient. [...] Pourtant on nous le demande pour plein de raisons pratiques notamment. Mais ça rend le système complètement fou et même, je vais aller plus loin que ça. Quand je me suis lancée dans ce métier de psychiatre, tout de suite j'ai eu des difficultés par rapport à cette fonction très particulière qui est éventuellement de priver quelqu'un de liberté, sans qu'il y ait tellement de... parce qu'à l'époque, justement, il y avait moins de couverture juridique. Je trouvais que c'était un pouvoir absolument incroyable et dangereux à manier. C'est très bien qu'il y ait l'intervention du juridique, mais quelque part si on se retrouve aussi nous, maintenant, à incarner le juridique, on nous donne un pouvoir qui est totalement démesuré ».*

## **2) La critique du désintérêt professionnel**

A côté de cette première orientation critique, une seconde s'ancre davantage à l'intérieur des dispositifs, dans leur déroulement et leur mise en acte. En effet, alors que la critique de l'artificialité tend à rester à un niveau de « surface » dans la mesure où elle cherche essentiellement à travailler la question de l'ineffectivité en s'intéressant à la nature des dispositifs juridiques – leur philosophie de conception, leur portée ou leur degré d'inadéquation vis-à-vis de la clinique – la critique du désintérêt prend pour zone d'attention les formes d'engagement déployées par les agent.e.s au sein de ces dispositifs ; c'est-à-dire les manières qu'ils et elles ont de s'y investir. Comme nous le disait une magistrate en *focus group*, le problème ici « *n'est pas le droit en lui-même mais la manière dont il est appliqué* ». Par ailleurs, ce registre est mobilisé en priorité par les professionnel.le.s du droit que nous avons rencontré.e.s et par les usager.ère.s, pairs ou proches-aidant.e.s, même s'il peut se retrouver en de plus rares occasions chez certain.e.s soignant.e.s.

## Le droit comme outil de réaffirmation citoyenne

Ce registre a comme particularité de s'articuler à un important travail de « recadrage » de la part des professionnel.le.s du droit. Dans les entretiens et les *focus groups*, les propositions émises par ces acteur.ice.s s'amorcent généralement au détour d'une réexplicitation des finalités attachées à la procédure de notification des droits et aux audiences JLD. Les juristes rappellent ici les raisons ayant progressivement mené à l'élaboration de ces dispositifs, insistent sur l'exceptionnalité juridique des hospitalisations sous contrainte, le régime dérogatoire dans lequel s'ancrent ces mesures et les atteintes qu'elles représentent pour les libertés individuelles. Aussi, si pour ces acteur.ice.s, ces modalités de prise en charge peuvent, dans des cas bien circonstanciés, répondre à des impératifs thérapeutiques, il reste qu'elles sont avant tout perçues comme des mesures de privation de libertés méritant, à ce titre, la plus grande attention et nécessitant d'être « *cantonnées au plus résiduel possible* » (*Focus group* juristes). Charlotte, avocate avec qui nous avons échangé par téléphone, réaffirmait cette dimension importante dont certain.e.s auteur.e.s ont pu montrer qu'elle faisait partie intégrante de l'engagement de nombreux.ses juristes dans ce contentieux (Tartour et Barnard, 2018) : « *On est dans des mesures qui vont à l'encontre de toutes les libertés individuelles qui sont consacrées par les textes. On est dans un état de droit. On n'est pas dans un état policier ou médical où l'aspect médical devrait primer sur tout. [Donc] dès qu'il y a une contrainte, il faut que ce soit une mesure exceptionnelle et qu'il existe des garanties juridiques. C'est la base de l'État de droit* ». De même, une de ses consœurs, Alice, exprimait une idée similaire en estimant que les soignant.e.s exerçant en service fermé pouvaient également être vus comme des « *gardiens de prison. [...] Ils soignent mais ils soignent en privant de liberté* ».

Dans ce contexte, il ressort que les professionnel.le.s du droit se montrent assez peu réceptifs à la critique de l'artificialité et à l'argument suivant lequel les dispositifs juridiques érigés à la suite de la loi de 2011 s'inscriraient exclusivement dans une perspective technocratique tournée vers le contrôle procédural des hospitalisations et la traçabilité des activités médicales.

Plus précisément, un aspect problématique mis en avant concerne les prérogatives attribuées au Juge des Liberté et de la Détention qui, loin de se limiter à une évaluation réglementaire, aurait plus fondamentalement pour mission d'interroger « *l'adéquation de la mesure de contrainte par rapport à la situation de la personne* » (*Focus group* juriste) et la proportionnalité des atteintes commises à l'égard « *des droits fondamentaux reconnus par des conventions internationales* » (Rachel. Magistrate)<sup>112</sup>. Une seconde zone de crispation touche à la notion

---

<sup>112</sup> Ce point, mentionné dans les entretiens et les *focus groups* réalisés auprès des juristes, est important à prendre en considération car il implique de nuancer en partie l'affirmation formulée par Anouk Lainé et ses collaborateur.ice.s (2024) suivant laquelle le style de judiciarisation initié avec la loi du 5 juillet 2011 serait l'expression d'une « justice procédurale ». En effet, pour les juristes que nous avons rencontré.e.s, une telle lecture

même de « procédure » et la valeur accordée au travail administratif. Comme nous avons pu le voir dans l'analyse des épreuves rencontrées par les professionnel.le.s de soin ou dans le registre de l'artificialité, l'idée de « procédure » peut être assimilée à l'expression d'un formalisme exacerbé et renvoyer à un ensemble de tâches jugées contraignantes et sans profondeur. Or, beaucoup de juristes s'opposent à cette façon de voir les choses. Rachel, que nous venons de citer, s'interrogeait par exemple sur les usages que les soignant.e.s pouvaient faire de cette notion – « *Est-ce qu'ils ne confondent pas le droit et la procédure ? Le droit, c'est une enveloppe bien plus large qui contient des niveaux, en particulier les droits fondamentaux, les droits positifs, négatifs, etc. et puis la procédure est la mise en musique de tout ça* » – et une avocate précisait en *focus groups* les enjeux juridiques liés à la notification des droits :

*« Qu'est-ce que c'est une notification ? La notification c'est concrètement porter à la connaissance d'une personne un acte juridique et les voies de recours qu'elle peut avoir contre cet acte. Donc on ne notifie pas pour notifier. Concrètement comment ça se passe ? Quand on parle de notification il y a trois documents : il y a le premier document qui est une décision administrative, que ce soit de la part du directeur de l'établissement ou une décision du préfet. C'est l'acte juridique par lequel il est établi que cette personne est placée en hospitalisation sans consentement et c'est d'ailleurs à partir de ce moment-là que la mesure commence. [Ce document] est accompagné d'un deuxième document qui est l'information sur les droits : « vous pouvez contester comme ci ou comme ça, vous pouvez faire ci, vous pouvez faire ça euh... au terme de l'article 1132-3. Vous pouvez prévenir untel, untel, untel ou untel ». Et enfin, le troisième document qui est la notification, et qui est papier par lequel on remet les deux premiers à la personne et on lui fait signer le troisième qui ne fait qu'acter « vous avez reçu les deux premiers ». Donc on ne peut pas notifier pour notifier [...]. On notifie quelque chose, une décision administrative et une information sur les droits [et] ces trois documents sont remis à la personne. Ça lui appartient. Ce sont des décisions qui la concernent, elle et personne d'autre ».*

Cet extrait est intéressant car, au-delà de rappeler le déroulé idéal-typique de la notification des droits, il témoigne de l'importance que peuvent avoir, pour les juristes, les actes de procédure – ces derniers venant en effet marquer des changements de statut, ouvrir des temporalités spécifiques de même que des possibilités d'action et des responsabilités (Reveillere, Prauthois et Péglise, 2022). Surtout, ils possèdent de leur point de vue une dimension rituelle importante. Non seulement ils permettent de marquer officiellement la présence du droit dans les unités de soin et de rappeler aux soignant.e.s l'exceptionnalité des mesures de contrainte qu'ils mettent en œuvre, mais surtout, ils assurent aux personnes hospitalisées la reconnaissance de leur

---

s'avère bien souvent erronée et il convient, en ce sens, d'être attentif à la façon dont les acteur.ice.s définissent par elles.eux-mêmes ces dispositifs juridiques en y attribuant certains types de finalités.

citoyenneté et le respect de leur dignité. Dans nos échanges, Alice considérait ainsi que la notification des droits constituait un « *socle fondamental pour que la personne conserve sa qualité de justifiable et son humanité* » et participait à « *l'amélioration de l'état de la personne* » en lui permettant « *de retrouver un état de citoyen* ».

Autrement dit, parallèlement aux exigences de contrôle et de traçabilité leur étant associées, il ressort que les dispositifs et les procédures juridiques issus de la loi de 2011 contiennent, pour les professionnel.le.s du droit, une visée symbolique plus essentielle orientée vers une *exigence de réaffirmation citoyenne*. Xavier, avocat qui a longtemps travaillé avec une association de défense des droits des personnes hospitalisées en psychiatrie, rappelait en ce sens l'aspect « *tout à fait indispensable* » de la notification des droits et refusait « *cette notion de procédure administrative surabondante et chronophage* » : « *Ça fait partie d'un processus de respect de la personne et de ses droits. Ce n'est pas, absolument pas, une procédure de routine, pas du tout* ». En outre, il explicitait très clairement cette exigence au sujet des audiences :

*« On ne va pas se raconter d'histoires, dans 80, 90% des cas y'aura pas de main levée. Mais la question ne se pose pas que comme ça. La question se pose : est-ce que ce patient, dans le cadre de ses droits, il a le droit à la considération ? Est-ce qu'il a le droit d'être entendu et considéré comme un acteur du droit ? Voilà, et ça c'est important je crois, pour le respect de leur dignité indépendamment de la décision que prendra le juge. C'est, je pense, d'un point de vue déontologique pour nous, une obligation qui nous est faite et à laquelle moi je ne déroge pas. C'est une personne dont je dois défendre les intérêts, pour laquelle la société m'en donne la mission puisque je suis désigné pour ça, et je me dois en tant qu'avocat de l'assurer au mieux, quoi qu'il en soit et quoi qu'il advienne à la fin. [...] Je pense que ça fait partie aussi d'une logique restaurative par rapport à ces personnes qui se voient reconnaître effectivement un statut et des droits et à un moment donné, une considération ».*

## **Le problème du désengagement**

Un des enjeux soulevés par cette modalité de lecture est alors celui de la capacité des agent.e.s chargé.e.s de la notification des droits et des audiences JLD de répondre favorablement à cette exigence. Dans ce cadre, il ressort qu'un nombre non négligeable d'acteur.ice.s soulignent le désintérêt des professionnel.le.s dans la mise en œuvre de ces dispositifs, leur défaut d'engagement et les réticences qu'ils ou elles auraient à s'y investir pleinement – c'est-à-dire avec un degré de concernement dépassant la simple référence aux enjeux de contrôle réglementaire et de traçabilité.

S'agissant premièrement des audiences JLD, cette critique s'adresse avant tout aux professionnel.le.s du droit. Au cours de cette étude, certain.e.s juristes ont ainsi pu critiquer l'attitude de leur confrères ou consœurs, avocat.e.s et magistrat.e.s, en soulignant par exemple

leur manque de professionnalisme et leur désinvolture – certain.e.s avocat.e.s se contentant par exemple d’assurer le « *minimum* », ne voyant « *leur client que cinq minutes avant l’audience* » et parcourant « *les dossiers en quinze secondes* » (Xavier. Avocat.) – ou encore en reprochant le choix opéré par certains juges de ne pas se prononcer sur la proportionnalité des mesures de contrainte et donc, de préférer limiter leurs interventions aux aspects strictement formels des hospitalisations sous contrainte. Cette dimension avait d’ailleurs animé une partie des discussions à l’occasion du *focus group* organisé avec les juristes. Une magistrate estimait en effet que cette tendance des juges allait « *complètement à côté de ce que les textes ont voulu instaurer* » et une avocate précisait pour sa part que :

*« Au niveau de la jurisprudence et de la position du juge, c’est de dire : « du moment que j’ai un certificat médical qui est bien daté à 72h et qui conclut au maintien, je n’ai rien à voir et je n’ai rien à faire ». Ce qui serait donc une simple vérification de la procédure. Mais il y a quand même l’obligation, pour le juge, de vérifier que ce certificat, sans rentrer dans la discussion médicale, il a les éléments justifiant l’existence d’une liste de troubles mentaux, d’une nécessité de soin et surtout, d’une nécessité de soin dans un milieu contraint, dans un service fermé ! Et ça on a beaucoup de mal à le faire entendre aux juges qui nous disent « de toute façon il est malade donc on valide ». Mais y’a un raccourci entre le fait d’être malade et le soin sans consentement en hospitalisation complète qui là n’est pas acceptable ».*

S’agissant ensuite de la notification des droits, la critique se tourne du côté des professionnel.le.s de santé. Ici, juristes et usager.ère.s regrettent le manque d’implication des soignant.e.s dans l’explicitation des informations juridiques et la manière trop succincte, formalisée ou routinisée – c’est-à-dire sans considération réelle pour la citoyenneté des individus ou le respect de leurs droits – avec laquelle ils et elles feraient cette notification. En *focus group*, un proche mentionnait ainsi l’absence de signification que semblait avoir cette procédure pour les professionnel.le.s de santé – ces dernier.ère.s s’en saisissant comme s’il s’agissait d’« *une affaire courante* » – et une personne concernée reprochait la « *tendance, dans le meilleur des cas, à nous balancer nos libertés à la figure en se disant « bah une fois que je te les ai balancées, j’ai fait mon travail* » ». Pour sa part, Esther considérait en entretien que la notification n’était pas suffisamment investie par les professionnel.le.s de soin comme un moment de véritable mise en information : « *C’est de l’administratif pour eux. [...] Donc la plupart du temps, c’est juste une signature. Peut-être avec une lecture du document, mais ce n’est pas dans le but d’informer la personne sur ses droits. Fin... c’est juste de s’assurer que tout est fait comme il faut le faire quoi du point de vue des professionnels* ».

Sur ce point, il est intéressant de noter que cette critique s’articule, par moment, à un effort de requalification des épreuves rencontrées par les professionnel.le.s de soin. Cette dimension est particulièrement vraie en ce qui concerne les juristes, pour qui les irrégularités juridiques

présentes dans les dossiers d'audience, loin de manifester par exemple la présence d'enjeux logistiques liés à la production ou à la circulation des notifications, apparaissent davantage comme la preuve d'une absence de rigueur à l'égard de la procédure elle-même. Comme le disait une avocate en *focus group* : dans la mesure où les notifications seraient pour les soignant.e.s « *juste une formalité qu'il faut faire faire signer, la plupart du temps [elles] sont signées la veille d'aller voir le juge et n'importe comment. Souvent on notifie la décision de maintien puis après on notifie la décision d'admission ce qui est complètement incohérent. [Mais] ça ne les dérange pas de faire de l'incohérence* ». De la même façon, les épreuves énonciatives que peuvent rencontrer les professionnel.le.s de soin sont moins appréhendées par les juristes comme la conséquence du dispositif de notification, sa temporalité ou son décalage éventuel par rapport aux relations de soin, mais plutôt comme le résultat d'un manque de concernement et d'application dans la délivrance des informations. Pendant le même *focus group*, deux avocates revenaient ainsi sur la question de la signature et sur le fait que celle-ci serait, aux dires des soignant.e.s, fréquemment assimilée à un acte de consentement au soin :

*« Avocate 1 : La crainte que le fait de signer emporte consentement et emporte une acceptation de la situation [...] n'est dû au fait, pardon, je généralise une fois de plus, que la personne qui apporte à la signature ne maîtrise pas suffisamment ce qu'elle est en train de faire. C'est-à-dire que si on vous dit « signez là » sans vous dire ce que vous allez signer, on a tous un réflexe qui consiste à dire « non ! ». C'est même un bon réflexe [...]. En revanche si la personne.... Alors d'accord c'est plus long [et] ce n'est pas rigolo. Y'a pas de doute. Mais si on vous dit « voilà ce que je vous remets : la décision du directeur ou du préfet qui dit que vous êtes là sans votre consentement et pour des soins. Prem's. Deuze. Je vous remets le document qui vous explique comment, si jamais vous n'êtes pas content, vous pouvez contester le premier que je vous ai donné et je vous le laisse. Vous l'utilisez ou vous en faites une cocotte en papier si ça vous chante. Et tout ce que je vous demande maintenant, c'est de signer là pour dire que je vous ai remis ces deux papiers ».*

*Avocate 2 : Ça se verbalise que signer ne veut pas dire « être d'accord » en fait [...], que ça ne veut pas dire consentir, que c'est juste la réception du document. Et peut-être dire aussi que c'est effectivement la remise du document. Puisque l'une des problématiques c'est que l'on dit « signez là » et après je vous enlève le papier. Donc y'a aussi cette angoisse majeure, que j'aurais aussi, qui est de dire « je ne sais pas très bien ce que je suis en train de signer et en plus je n'en garde pas la trace donc je ne peux même pas me rassurer en me disant que j'ai juste signé, que j'ai reçu le papier ». C'est lié aussi ».*

Enfin, au sujet des épreuves juridictionnelles et, plus précisément, du désir de délégation exprimé par certain.e.s professionnel.le.s de soin, les positions sont plus ambivalentes. Si pour

une partie des juristes cette délégation permettrait de garantir l'objectivité et l'indépendance des informations remises, pour d'autres en revanche cette volonté ne ferait que témoigner, à nouveaux frais, d'une forme de désintéret. Dans cette optique, le désir de délégation est assimilé à une marque de relégation actant définitivement le désengagement des soignant.e.s vis-à-vis de la problématique des droits :

*« **Magistrate** : C'est toute la difficulté des soins sans consentement qui mélangent le médical et le judiciaire au regard des libertés. Donc je comprends bien que ce soit compliqué pour les médecins. Mais [...] ils ne peuvent pas, il me semble, se contenter de dire « je dois déléguer tout ce qui me paraît administratif ou trop de l'ordre de la contrainte ». Je pense que c'est plus complexe que ça. Après j'entends bien que ça puisse rendre les choses peut-être plus difficiles notamment dans l'établissement d'un lien thérapeutique, j'entends bien ça. Mais c'est aussi la spécificité du soin sans consentement.*

***Responsable associative** : Pour continuer sur cette ligne [...] c'est comme si on était ok de porter cette parole juridique lorsqu'il s'agit de contraindre au soin mais pas quand il s'agit d'informer la personne sur ces droits en tant que citoyen ou citoyenne. [Mais] on peut aussi être dans une logique de dialogue c'est-à-dire « moi en tant que psychiatre j'estime que vous avez besoin de soin et que vous n'êtes pas en capacité d'y consentir etc. mais vous avez le droit de ne pas être d'accord avec moi et d'ailleurs, vous avez le droit de contester ma décision, voici vos droits » et c'est le début d'un dialogue. Alors que là on est dans : « je veux bien vous soigner sans votre consentement mais pour ce qui est de vous respecter en tant que sujet de droit, ce n'est pas de mon ressort ». Je pousse un peu le bouchon mais y'a un côté un peu comme ça ». (Focus group juristes).*

Pour expliquer ces différentes formes de désengagement, les personnes qui adoptent ce registre critique recourent à plusieurs hypothèses. Concernant tout d'abord le manque de professionnalisme dont témoigneraient certain.e.s avocat.e.s dans la préparation des audiences JLD, les juristes que nous avons rencontrés évoquent deux éléments. D'une part, ils et elles soulignent les effets de stigmatisation pouvant frapper les personnes hospitalisées en mentionnant, par exemple, la « *vision péjorative et infantilissante* » que ces professionnel.le.s pourraient avoir à l'égard de « *la pathologie mentale* » (Xavier. Avocat). D'autres part, ils et elles pointent les motivations essentiellement économiques – donc sans intérêt véritable pour la défense des droits des personnes hospitalisées – ayant pu présider à l'engagement de ces professionnel.le.s dans cette matière juridique. Tiphaine, magistrate, faisait part de cette éventualité lorsqu'elle insistait sur la nécessité qu'il y avait selon elle de poser un « *juste regard sur la profession d'avocat* » : « *Il y a un nombre d'avocats pléthorique ! Pléthorique ! Donc à chaque fois qu'il y a un nouveau contentieux, ils se précipitent. En plus là ce n'est pas payé par*

le justiciable, mais par nous, par l'État donc pleinement garanti. Ça leur permet d'échapper à la clientèle privée qui devient aléatoire ». Alice, avocate elle-même, formulait également cette hypothèse en entretien :

*« Il ne faut pas se leurrer. Il y a aussi un critère économique. C'est à dire que la profession a tellement enflé. Il y a une grande partie des confrères qui crèvent la faim, qui sont en dessous du SMIC en rémunération et pour qui une permanence aujourd'hui, c'est cinq cents euros. Donc, si finalement on ne bosse pas les dossiers et qu'on se pointe le matin et qu'on passe la matinée pour cinq cents euros, c'est toujours ça de gagné. Y'en a beaucoup ! Donc c'est pour ça qu'on a mis en place des formations avec des critères sélectifs, avec des examens et tout. Pour essayer d'éviter ça. Parce que moi je ne me suis pas battue pour avoir une défense... ».*

Vis-à-vis des réticences exprimées par les juges de se prononcer sur le fond des hospitalisations et sur la proportionnalité des mesures de contrainte, les explications diffèrent sensiblement. Si certain.e.s font indirectement référence aux préjugés et aux stéréotypes que les magistrat.e.s pourraient avoir au sujet des personnes hospitalisées en psychiatrie, du fait notamment de leur méconnaissance de la santé mentale, les entretiens et les *focus groups* donnent surtout à voir les conflits de juridiction traversant ce groupe professionnel et les difficultés que les juges auraient à s'investir sur un terrain médical ne faisant pas *a priori* partie de leur domaine de compétences.

*« Du côté du judiciaire, c'est-à-dire des juges, effectivement, il y a une réticence extrêmement importante à rentrer dans le soin en considérant que ce n'est pas leur travail de juger le soin. [...] Lorsque les juges ont par exemple été contraints – parce qu'ils l'ont vécu comme ça – d'aller vérifier ce qu'il se passait à l'intérieur des soins au travers de la contention et de l'isolement, ils ont très majoritairement considéré que ça n'était pas leur travail mais que c'était [celui] des équipes médicales. Parce qu'ils n'ont pas de compétences médicales. Alors d'autres, dont je fais partie, pensent qu'il faut trouver un équilibre entre la garantie des droits dont les juges doivent vérifier qu'ils sont effectifs et la question du médical et que ça, ça suppose de ne pas traiter de ces situations uniquement sur des procédures papier ou uniquement avec des rencontres formelles [...] qui consistent à faire défiler les gens en entendant leurs avocats sur des problèmes de procédure. Il faut véritablement faire un travail beaucoup plus approfondi sur l'équilibre entre le soin, qui par principe est du domaine du patient et du professionnel choisi, et l'exception qu'est le soin sans consentement ».* (Magistrate. Focus group juriste).

Concernant enfin les formes de désintérêt exprimés par les soignant.e.s chargé.e.s de la notification des droits, deux modalités d'explication sont proposées. Une première s'inscrit dans une perspective pédagogique et insiste sur le manque d'éducation et de sensibilité

juridique des professionnel.le.s de soin. Dans ce cadre, le désengagement des soignant.e.s est assimilé à un déficit d'assimilation et d'appropriation – ces dernier.ère.s n'ayant pas pleinement « conscience de la part du droit dans la part de soin » (Magistrate. *Focus group*) – lié notamment à une formation initiale qui tendrait à biaiser leur regard quant à l'importance du droit en l'appréhendant uniquement sous un angle bureaucratique, rébarbatif et peu attractif. Sabine, responsable associative, revenait longuement sur cette dimension lors de notre entretien :

*« Pour l'avoir travaillé, le droit, quand c'est enseigné dans les études [de médecine], c'est vraiment enseigné de manière très descendante, pas forcément mis en situation, etc. [...]. Souvent les droits, quand on est soignant, on les voit au travers des procédures justement d'hospitalisation, donc ce sont des trucs super contraignants, le summum de bureaucratie [et] ça ne donne pas vraiment envie non plus. C'est quand même une image assez rébarbative du droit et de l'obligation de respecter les droits des personnes [...]. Ça veut dire me fader je ne sais pas combien de formulaires à remplir, à envoyer, à vérifier, etc. [...] On perd complètement de vue le fond du problème, parce qu'on est noyés sous la paperasse et on perd de vue que cette paperasse-là, elle n'est peut-être pas complètement adaptée non plus, mais que la paperasse, c'est pour respecter les droits fondamentaux de la personne qu'on soigne ».*

Par ailleurs, cette lecture est indexée à une série de propositions prenant comme élément problématique l'état des relations existant entre le monde du droit et celui de la psychiatrie. Les acteur.ice.s soulignent ici l'absence de dialogue entre ces deux espaces professionnels ou encore les relations parfois tendues et conflictuelles pouvant exister entre eux. Tiphaine, magistrate, évoquait ainsi le « choc culturel » qu'avait pu représenter la loi de 2011 et rappeler l'importance de réfléchir à des formes de co-apprentissage. Elle suggérait en ce sens que les juges aillent « faire un petit stage en hôpital psychiatrique pour comprendre les réalités. Les psychiatres aussi devraient faire un petit stage en justice. Parce que, je veux dire, même si on a chacun des prés carrés extrêmement différents, des compétences et des champs différents, un minimum de connaissance du champ de l'autre est fondamental [pour] que la psychiatrie arrive à donner du sens, de l'intérêt au droit ». En d'autres termes, cette lecture s'articule à la volonté de voir se mettre en place des espaces d'intermédiation et de rencontre dans une logique d'acculturation réciproque. En effet, au cours de cette recherche, nombreux.ses ont été les soignant.e.s et les juristes comme Tiphaine à pointer les incompréhensions mutuelles existant entre les deux professions que ce soit au sujet de la signification des énoncés médicaux présents dans les certificats rédigés à destination des Juges des Liberté et de la Détention ou, inversement, au sujet des énoncés juridiques et de leur épaisseur normative.

Enfin, une dernière modalité d'explication renvoie à la présence, dans les propos de certain.e.s acteur.ice.s, d'un « discours des forces sociales » (Dodier et Rabeharisoa, 2008) mettant en

avant les rapports de domination constitutifs de la relation soignants-soignés en psychiatrie. Ce discours a été partie prenante des mobilisations antipsychiatriques des années 1970, que ce soit en venant à l'appui de la sectorisation ou comme socle politique de plusieurs organisations militantes (Henckes, 2018 ; Crossley 2006). Dans le cas qui nous occupe, l'évocation de ce discours conduit certain.e.s acteur.ice.s à interpréter le désengagement des professionnel.le.s de soin comme le signe d'un agir stratégique participant à la production active, consciente ou inconsciente, d'un état d'ignorance. Pour appuyer cette lecture, certaines personnes font alors référence au passé asilaire de la psychiatrie hospitalière de même qu'à la tradition paternaliste structurant, plus globalement, les relations médicales. D'autres évoquent, comme nous le verrons par la suite, les différentes formes de violence structurant l'expérience des soins sans consentement et insistent sur le pouvoir discrétionnaire des médecins. Par exemple, en *focus group*, une personne concernée mentionnait le fait que l'accès aux informations juridiques pouvait « *ne pas forcément arranger* » les médecins : « *Parce que quand on voit la violence, les abus de pouvoir qui sont faits par le personnel, ça ne les intéresse pas trop qu'on soit au courant de nos droits* ». Ce thème était également important dans l'entretien que nous avons réalisé avec Alice, cette avocate rappelant l'importance des rapports de force en présence :

*« Ce n'est pas facile parce que le malade est faible et donc c'est le médecin qui sait ce qu'il faut faire pour lui. Y'a un rapport de force qui n'est pas égal et qui se fait au détriment du justiciable [...]. Y'a un rapport de force, de pouvoir terrible. [...] ça reste compliqué pour des médecins d'admettre profondément, mais réellement, la nécessité de la notification et de l'information sur les droits [...] parce que ça veut dire que – ça revient à ce que je disais sur le fait que c'est eux qui ont décidé de l'enfermer là – et ça veut dire que leurs décisions, que leurs diagnostics, peuvent être critiqués. Et ça, ça reste contraire... j'allais dire même, c'est un problème de... pas seulement d'égo, mais c'est un problème de pouvoir. Le médecin, il a le pouvoir. [...] Bon, et là y'a quelque part, le fait de donner une information sur les droits c'est un risque de critique de leur travail ».*

### **3) La critique de l'inhospitalité**

La critique de l'artificialité et celle du désintéret professionnel constituent les deux faces d'une même pièce. En effet, ces registres ont en commun de se saisir de la question de l'ineffectivité des dispositifs juridiques en reposant tout deux sur une critique du formalisme juridique. Toutefois, dans un cas, celui de l'artificialité, ce qui est reproché par les acteur.ice.s c'est le formalisme *des* dispositifs (notification des droits / audience JLD) en eux-mêmes : leurs architectures ne permettant pas d'assurer un accès au(x) droit(s) satisfaisant du fait de leurs temporalités, de leurs modalités de composition ou de leur manque de médiation. Dans un autre en revanche, celui du désintéret professionnel, ce qui est travaillé, c'est le formalisme initié *dans* les dispositifs. Ici, l'axe de problématisation se déplace pour se tourner vers l'engagement

jugé trop à distance, trop mécanique, des agent.e.s agissant au sein de ces dispositifs dont l'effet serait de les détourner de leurs visées principales et de provoquer, ce faisant, des situations d'ineffectivité.

L'orientation critique que nous allons aborder à présent se situe sur un tout autre plan. Celui-ci dépasse, tout en la traversant, la question des dispositifs et des procédures juridiques pour porter, plus généralement, sur les conditions de vie ordinaires dans les unités de soin : les formes d'attention ou d'inattention déployées au sein des institutions psychiatriques vis-à-vis des personnes hospitalisées ou de leurs proches. Plus précisément, ce registre s'attache à dénoncer l'inhospitalité potentielle des environnements psychiatriques en pointant la pluralité des atteintes éprouvées par les usager.ère.s dans le cadre des hospitalisations sous contrainte. En ce sens, il invite à élargir la problématique de l'accès au(x) droit(s) en s'intéressant, d'une part, aux modalités du vivre-ensemble et du prendre-soin et, d'autre part, à la question de l'accueil, défini en tant qu'« espace fait à l'autre » dans un rapport de réciprocité (Schaad, 2023).

Cette orientation critique a été thématiquée par une assez grande diversité d'acteur.ice.s, quels que soient leur statut ou leur catégorie d'appartenance. Toutefois, dans la mesure où elle s'articule essentiellement aux expériences négatives que peuvent faire les usager.ère.s des soins sous contraintes, nous allons ici nous focaliser sur les propos émis par ces dernier.ère.s. Au cours de cette recherche, nombreux ont été les individus à partager leurs expériences en tant que personnes concernées ou en tant que proches. Dans les échanges, certains ont ainsi pu pointer les effets positifs que ces soins avaient eu sur leurs états de santé. Arthur, pair-aidant et animateur de psychoéducation, revenait par exemple sur son parcours d'hospitalisation en le présentant comme un temps nécessaire, à la fois source de sécurité et d'apaisement :

*« Je me suis retrouvé à l'hôpital. Je me suis retrouvé dans une chambre. Comme j'avais les symptômes, au début, comme je ne dormais pas beaucoup aussi, ça a été, je pense, au moment où je suis arrivé à l'hôpital, un moment où j'ai pu me reposer sur quelqu'un et avoir une unité un peu fermée qui me rassurait au début. On m'a donné quelque chose pour dormir et effectivement, ça m'a un peu apaisé. [...] Je n'ai pas vécu ça comme un traumatisme [...]. C'était un peu comme une fatalité mais j'acceptais ce qu'on me proposait. Je sentais que de toute façon que dehors, c'était quand même un peu dangereux pour moi à ce moment-là. C'est pour ça, le côté un peu on me prend en charge : « OK, c'est peut-être ce qu'il faut pour l'instant ». C'était vraiment ça ».*

Cependant, et parallèlement aux évaluations positives exprimées par certains afin de souligner les formes de solidarité pouvant se nouer avec les équipes soignantes ou encore les efforts engagés, dans certaines unités, quant au déploiement de dispositifs thérapeutiques innovants, il ressort que pour la majorité de nos interlocuteur.ice.s, l'expérience des soins sous contrainte et la privation de liberté qu'ils impliquent, ont constitué un épisode particulièrement marquant.

En entretien ou en *focus group*, plusieurs personnes nous ont ainsi fait part des « situations de violence » qu'elles estimaient avoir rencontré durant leur parcours. L'emploi du terme de « violence » pour qualifier ces situations se comprend notamment au regard du fait qu'il a régulièrement été employé par les acteur.ice.s pour les décrire. Par ailleurs, et afin d'appréhender ces situations, nous pouvons nous appuyer sur la définition que donnent Nicolas Dodier et Janine Barbot à cette expression – les auteur.e.s l'utilisant pour appréhender l'ensemble des situations au cours desquelles « des personnes se considèrent atteintes sur un plan qui leur paraît essentiel, que celui-ci soit physique, psychique, moral ou autre, y compris lorsque la nature et les causes de ces atteintes restent indécises ou controversées » (2010 : 102). Cette définition présente plusieurs avantages. D'abord, elle invite à ne pas formuler une définition substantielle de la notion de violence en étant attentif à la manière dont les personnes se saisissent par elles-mêmes de cette qualification en fonction de ce qu'elles jugent être de l'ordre de l'anormal ou de l'intolérable. Ensuite, elle permet de rester ouvert à l'hétérogénéité des situations pouvant se voir appliquer ce terme et ouvre ainsi l'idée d'un possible continuum allant, par exemple, des simples formes d'impolitesse – Zoé, proche-aidante, se rappelant par exemple avoir « *piqué des gueulantes contre les infirmiers, parce que y'avait une façon de parler qui [l]'avait choquée* » – jusqu'à d'autres types de situations plus manifestes et plus directes – comme le fait d'être « *mis sous contention et médicamenté* » (*Focus group usager.ère.s*).

Pour tenter d'approcher ce registre critique et ces situations, trois dimensions ont retenu notre attention du fait de leur récurrence. La première renvoie à l'entrée dans les services de santé et à la découverte des soins sans consentement. La seconde touche à la question de la disqualification de la parole et des émotions. La troisième s'inscrit enfin dans une visée plus prospective, tournée vers la reconnaissance des formes de violences ressenties.

### **La découverte de la psychiatrie ou la dépossession de soi**

Dans les entretiens et les *focus groups* que nous avons réalisés auprès des usager.ère.s, l'entrée en psychiatrie apparaît bien souvent comme un moment difficile. Au-delà de « *l'incompréhension totale* » (Yohan. Proche) que peut générer la manifestation des « *troubles* », il ressort que l'accès au système de santé représente, en lui-même, un enjeu important. Zoé revenait par exemple sur le cas de son fils et insistait sur l'aspect nécessairement brutal que représente, à ses yeux, l'arrivée en soins contraints :

*« J'ai accompagné mon fils comme j'ai pu. [...] Et ça commence très brutalement la psychiatrie quand la personne n'est pas en mesure de savoir qu'elle ne va pas bien [...]. Et moi j'ai vécu ça. J'ai amené mon fils au [urgence psychiatrique] et j'ai attendu, attendu, attendu... sans véritablement comprendre. Il avait un comportement étrange et, au bout de 5-6 heures d'attente, il a vu un infirmier puis*

*ils se sont mis à plusieurs sur lui. Ils l'ont attaché et je crois qu'ils lui ont fait une piqûre et [...] ils m'ont demandé de signer un papier en me disant que c'était une formalité ».*

Deux éléments sont mis en avant du côté des proches et des aidants dans cet extrait. Le premier est lié à la question de l'attente dans les services d'urgences. Zoé évoque ici une attente de cinq à six heures avant que son fils soit pris en charge. Christophe estimait pour sa part deux heures et demie d'attente dans le cas de son père et Fiona, pair-aidante devenue coach en santé mentale, mentionnait également cette problématique lorsqu'elle avait dû accompagner une personne qu'elle suivait en consultation : *« Elle a attendu neuf heures. Neuf heures ! Et elle a fait une crise d'angoisse au bout de neuf heures, et on l'a attachée. Vous vous imaginez ? [...] A un moment donné, quelqu'un qui est fragile psychiquement, au bout de neuf heures, il fait une crise d'angoisse ! Et tout ce qu'on trouve comme réponse, c'est de l'attacher. Où est-ce que j'envoie quelqu'un, moi, qui a besoin d'[aide] ? C'est dingue, cette histoire, quand on y pense ! ».*

Un second élément concerne l'accès aux informations juridiques associées à la catégorie administrative d'hospitalisation à demande d'un tiers (HDT). Dans les échanges, certains proches ont ainsi regretté le manque d'informations mises à leur disposition sur ce point – la signature des documents étant parfois présentée comme une simple « *formalité* », sans faire l'objet d'approfondissement supplémentaire. Poursuivant son récit, Zoé abordait explicitement cette dimension :

*« C'est là que j'ai commencé à questionner la psychiatrie et à faire plus ou moins du ressentiment parce que si on ne t'explique pas... on te demande de signer sans expliquer... c'est... Pour moi la première énormité de la psychiatrie c'est ce manque d'explication par rapport aux droits vis-à-vis de mon fils, aux droits que j'ai sur lui. [...] La maladie elle est compliquée, déjà, et la psychiatrie c'est compliqué. [Et] tout est comme ça en psychiatrie : erreur de mots, erreur d'entrée. Entrer dans la maladie c'est une chose, et entrer dans la psychiatrie en est une autre et elle se fait de manière forcément violente ».*

Du côté des personnes concernées, l'entrée en soins sans consentement apparaît autrement problématique en tant qu'elle est, pour beaucoup, assimilée à une forme de dépossession de soi et de ses droits. Ces dernières qualifient régulièrement leur passage en psychiatrie comme un événement « *traumatisant* » ou « *dégradant* » et certaines d'entre elles thématisent même explicitement l'idée d'une « *perte d'identité* » (Gladys. Personne concernée).

Certaines personnes rappellent ainsi que l'arrivée dans les services de santé s'effectueraient trop souvent au travers d'une expérience parfois radicale de la contrainte et au détour d'une série de mesures retirant aux individus leur marqueurs identitaires habituels. Patricia, qui travaille auprès d'une commission des usagers considérait en ce sens que l'hôpital psychiatrique

représentait probablement « l'endroit où l'on restreint le plus une personne » : « *Qu'on aille en soins libres, qu'on soit en soins sans consentement, on nous met en pyjama, on enlève le téléphone portable, on n'a pas accès à des moyens de communication. On se dit : mais c'est pire que la prison ! [...] C'est un peu incroyable quand même. En prison ils ont quand même le droit d'appeler quoi, et on ne les met pas en pyjama. Y'a un truc qui est hyper décalé en psy enfin... on prive les gens de leurs droits, de leur liberté, on les restreint le plus possible* ». Par ailleurs, il convient de préciser que cette entrée correspond souvent, pour les personnes concernées, à la découverte d'un nouveau monde – généralement perçu comme hostile – doté de ses propres règles de fonctionnement et pouvant, en lui-même, être source de choc voire « d'effondrement » :

*« C'est ma famille qui appelle les pompiers, je me retrouve à l'hôpital. Là il se trouve que je ne veux pas donner mon nom et mon prénom. Je suis déclaré agité, attaché à une table de contention et piqué. Comme un animal quoi ! et je ne sais même pas si maintenant on traiterait les animaux comme ça quoi, mais c'est une autre question. Donc j'arrive, en fait, complètement shooté dans un nouvel environnement et je n'ai absolument pas conscience de ce que se joue et de ce qui se déroule à ce moment. Encore une fois, je ne suis pas acteur, je suis spectateur de ma vie [...]. Il y a une dimension euh... de ces droits inaliénables qui sont en fait si aliénables dans certaines circonstances en psychiatrie. [...] Et quand ça s'est nié, y'a une dimension d'effondrement, de basculement dans une espèce de no man's land humain, social, dans une espèce de pièce un peu cachée ou tout d'un coup vous n'êtes plus la même personne et vous apprenez à survivre dans cet environnement qu'est la psychiatrie [...]. On va découvrir tout ce monde d'un coup et c'est un vrai choc » (Benoit. Personne concernée).*

Autrement dit, l'arrivée en service fermé implique de la part des individus un apprentissage particulièrement conséquent : de la « maladie » d'abord ; des attentes portées par les professionnel.le.s à leur endroit et du fonctionnement hospitalier ensuite. Or, dans la mesure où la gestion de la vie quotidienne est en grande partie agencée par l'institution et où les individus doivent composer avec les contraintes de la collectivité, certaines personnes expriment le sentiment que la découverte de la psychiatrie hospitalière s'apparenterait avant tout à l'apprentissage d'une forme d'assujettissement – perception d'autant plus forte qu'elles dépendent en partie des soignant.e.s pour accéder à certains types de biens. Cette dimension a longuement été discutée à l'occasion du *focus group* que nous avons organisé avec les usager.ère.s, les personnes présentes évoquant tour à tour l'importance de la négociation, le pouvoir discrétionnaire que semblerait exercer les professionnel.le.s de santé dans certaines situations, et la nécessité d'adopter une posture de « soumission » :

« **Participant.e 1** : Moi je suis contre les soins sous contrainte, les soins sous consentement. C'est une posture politique. Donc c'est au-delà de mon vécu. Ensuite, en fait on est tout le temps en train de contester et on est tout le temps en train de demander : est-ce que je peux avoir mon téléphone ? quand est-ce que je vais pouvoir sortir ? quand est-ce que je vais pouvoir récupérer mon sweat à capuche parce que j'en ai marre de ce pyjama ? on est tout le temps en train de négocier, de négocier des droits [...]. Allez ! Je vais te faire une fleur.

**Participant.e 2** : Tu as été sage.

**Participant.e 1** : Je te file ton briquet et ta clope. Je suis sympa.

**Participant.e 2** : C'est complètement discrétionnaire.

**Participant.e 1** : Oui c'est discrétionnaire. [Et] il y a une forme d'apprentissage aussi, d'incorporation des normes. C'est clair ! Si on est un peu trop demandeur, si on est dans la confrontation, on ne va jamais sortir. Donc du coup, il y a la deuxième posture à adopter, la deuxième stratégie : on ne dit rien, on choisit ce qu'on dit et donc on ne peut pas parler en fait. [...] Donc oui il y a l'adoption d'une posture très soumise quoi ! Où on prend ses cachetons, on ne dit rien, on mange à telle heure et on sait ce qu'on attend de nous. Et sur ce qui se dit ou ce qui ne se dit pas, pareil, on apprend ».

Enfin, un dernier point mis en avant autour de la problématique de l'entrée en psychiatrie touche, comme nous avons pu le voir avec les proches, à la qualité des informations délivrées par le personnel soignant. Cette dimension est importante car elle fait directement écho à la question la notification des droits, mais tend également à la dépasser. Si les personnes concernées que nous avons rencontré ont pu, dans l'ensemble, pointer le manque d'informations qu'elles ont pu recevoir au sujet de leurs voies de recours – au point que certaines affirment avoir « vraiment eu le sentiment d'un vide à ce niveau-là » – et si d'autres ont, par ailleurs, pu reprocher le fait qu'un temps ne soit pas spécifiquement dévolu à ces informations juridiques – « c'était très parsemé, par touches et de manière très informelle, dans les couloirs « ah mais vous savez que vous pouvez faire appel ou je ne sais pas quoi ». Ok. Mais pour moi le fait que ça ne soit pas cadré, nommé comme tel... juste, je glanais les quelques informations qu'on voulait bien me donner » (Personne concernée. Focus group usagers) – ce qui ressort des discussions, c'est l'idée d'un déficit plus global d'informations et de communication existant dans certaines unités de soin.

Plusieurs personnes ont ainsi estimé subir leurs hospitalisations sans bénéficier d'éléments concrets susceptibles de donner sens aux événements qu'elles vivaient. C'est le cas par exemple de Benoit : « Je savais que [je n'étais pas là] de mon plein gré. Donc je savais qu'il se passait quelque chose, mais personne n'avait jugé bon de m'informer sur ce qu'il se passait à ce moment-là, même à un niveau plus humain. [...] C'est ça qui est dur, c'est qu'on ne comprend pas ce qu'il se passe ; il n'y a pas de sens. Et [...] ça peut amplifier un mal-être déjà présent,

*l'hospitalisation sous contrainte, sans qu'il y ait la possibilité d'avoir un sens dans tout ça ».* De ce point de vue, un des problèmes mis en avant par les usager.e.s réside dans l'explicitation des logiques professionnelles initiées à leur contact, ainsi que dans la capacité des soignant.e.s à rendre compte de leurs pratiques en faisant part de leurs propres contraintes – ces dernières ayant une conséquence directe sur les personnes hospitalisées, leurs droits et leur possibilité d'action. Christophe, pair et proche aidant, mentionnait cette dimension en rappelant la nécessité qu'il y avait à ses yeux de ne pas laisser les individus en situation d'incertitude, « *dans un tunnel* », et l'importance de mieux les préparer à la vie institutionnelle en annonçant, par exemple, le déroulement des protocoles médicaux :

*« Il y a vraiment cette idée qu'on est à la merci du corps médical. Tu es vraiment un objet de soin. Pendant les 24h ou 48h tu es en observation, les médecins viennent quand ils doivent y entrer mais à aucun moment on te dit « bon bah le médecin va venir vous voir dans deux heures. Si vous avez des questions à poser, est-ce que vous voulez qu'on en parle avant, vous risquez d'oublier ». Fin... tu vois, dans l'idéal il faudrait que l'infirmière annonce le passage du médecin de manière à ce que la personne soit considérée, avertie : « voilà vous allez être en isolement parce que c'est le protocole. On va regarder comment vous réagissez au traitement [...]]. Pour le diagnostic on a besoin de ça, etc. ». Parce que la personne ne sait pas ce qu'il lui arrive, elle a besoin d'être rassurée et moi le sentiment que j'ai c'est qu'on ne rassure pas du tout les gens quoi ! ».*

### **Le problème de la réduction des personnes et du soin**

Un deuxième axe de problématisation constitutif de ce registre touche à la question de la disqualification de la parole et des expériences vécues. Cette dimension occupe une part importante de la littérature en sciences sociales autour des enjeux de santé mentale (Barnes, 2004 ; Lewis, 2012 et Godrie, 2019) et certain.e.s auteur.e.s ont montré qu'elle faisait partie intégrante du travail critique déployé par les individus faisant ou ayant fait l'objet de soins sans consentement en psychiatrie (Saetta, Fillion, Marquès et Minoc, 2023).

De ce fait, le thème du discrédit de la parole usagère occupe, dans nos entretiens, une place centrale et de nombreuses personnes ont exprimé les difficultés qu'elles avaient pu rencontrer à faire valoir l'authenticité de leurs plaintes ou de leurs affects durant leurs hospitalisations. Comme le disait par exemple Fiona :

*« La parole, notre parole, n'a plus aucune valeur sous prétexte qu'on est dans un état psychique altéré. Et on est regardé d'abord comme un malade psychiatrique, avant d'être regardé comme des personnes... ou comme quelqu'un qui a des idées suicidaires : O.K., mais qui est cette personne ? « Bonjour, comment tu t'appelles ? D'où tu viens ? Quelle est ton histoire ? Qu'est-ce que tu ressens ? Qu'est-ce qu'il*

*s'est passé ? Et qu'est-ce qu'on peut faire ? O.K. est-ce qu'il y a des moments où ça va mieux ? » Non, la vie, quoi : bonjour, faire connaissance... En tout cas, moi, ça n'a jamais eu lieu ».*

Au regard de cet extrait, il ressort que ce thème s'articule en partie à une critique de la lecture réductionniste que pourraient engager les professionnel.le.s de santé au contact des personnes hospitalisées. Cette critique prend alors deux directions.

Tout d'abord, elle se déploie autour du sentiment que les soignant.e.s ne focaliseraient leur attention sur un unique plan de figuration, oubliant en ce sens l'épaisseur des expériences humaines et la pluralité des statuts participants à la définition des identités sociales et personnelles<sup>113</sup>. Dans cette acception, la critique du réductionnisme s'attache à pointer les différentes formes de réduction ontologique que rencontreraient les personnes concernées. Ici, les usager.ère.s reprochent en particulier la conception pathologisante des professionnel.le.s de santé et la manière dont ces-dernier.ère.s appréhenderaient les individus seulement à l'aune de leurs vulnérabilités psychiques et de leurs « troubles ». Benoit abordait cette problématique en entretien en considérant, par exemple, que l'absence d'information juridique dans les services devait être assimilé à une négation de la citoyenneté des individus. Dans le même temps, il mentionnait le travail de « reconstruction » qu'il avait dû opérer à la suite de son hospitalisation pour faire face aux phénomènes d'auto-stigmatisation :

*« Il y a une violence qui s'exprime à ce moment-là. Le fait de ne pas vous informer sur vos droits, c'est que vous n'êtes pas une personne avec une citoyenneté en puissance. Vous êtes une personne que l'on ampute de cette puissance citoyenne donc euh... et quand on est passé par là comment on peut reconquérir ses droits sachant qu'on s'est trouvé ôté de pas mal de prérogatives qu'un citoyen lambda a ? Comment reconstruire sa personne morale après un événement pareil ? C'est... Il y a un gros travail, moi, j'ai trouvé pour me réapproprier une parole, une légitimité à être, à partager mes sentiments, à ressentir aussi. Sachant que dans le cadre de la psychiatrie à partir du moment où on arrive, nos ressentis sont automatiquement des symptômes d'un trouble. On est dans un environnement pathologisant [et] on se retrouve à être une liste de symptôme ».*

Un élément important mis en avant dans les échanges touche, en outre, à la question des émotions. En effet, « les émotions représentent des évaluations d'objets, d'évènements et de situations [traduisant], d'une part, l'importance affective que ces objets, évènements et situations ont pour les sujets de l'émotion et, d'autre part, l'existence de « concerns », c'est-à-dire, d'attachement à des biens ou à des valeurs » (Kaufmann et Quéré, 2020 : 18). Autrement dit, loin de ne renvoyer qu'à de simples réactions, les émotions expriment des manières de

---

<sup>113</sup> Sur la distinction entre ces deux formes d'identité voir : Goffman, 1975.

percevoir les états de choses, des modalités d'interprétation du monde et des modes spécifiques de jugement possédant, en conséquence, une dimension normative essentielle (Thévenot, 1995). Ceci est particulièrement vrai au sujet de la colère qui, pour les personnes concernées que nous avons rencontrées, ne peut se résumer à la présence de symptômes psychiatriques mais témoignent, d'une façon plus générale, de leur sens de la justice en venant manifester les différentes formes de préjudices ou de torts qu'elles s'estiment en droit de faire reconnaître. Esther regrettait en ce sens l'impossibilité qu'il y avait selon elle de faire entendre une colère considérée comme légitime dans les services de santé : « *Les émotions sont disqualifiées. Mais c'est normal d'être en colère lorsqu'on est hospitalisé sous contrainte. C'est normal d'être dans une forme de violence parce qu'on est violenté. Il y a des violences qui ne sont pas perçues comme y'a des discours qui ne sont pas entendus* ». De façon similaire, Diane évoquait cette problématique en *focus group* en décrivant les premiers temps de son hospitalisation :

*« Je suis arrivée de mon plein gré. Alors je suis sûrement un peu idiote, mais j'y suis allée de mon plein gré et en deux heures de temps, je me suis retrouvée en hospitalisation d'office à la demande d'un tiers. Donc évidemment ça m'a fait un peu violence vous imaginez [...] et donc comme je n'étais pas d'accord avec ça et que j'étais bourrée de colère, sans être violente parce que j'étais en colère sans taper sur les gens ou les objets. Mais ils ne savent pas accueillir les émotions. Donc déjà, on n'a pas le droit d'être en colère voilà ! Donc comme j'étais en colère, ils m'ont sédatisée [...]. Il y a un manque de formation absolument certain parce que moi ce dont j'aurais eu besoin c'est très simple, c'était juste la confirmation de ce que je vivais ! Déjà d'être autorisée à manifester de la colère et ensuite d'être confirmée dans ma colère et qu'on essaie de se mettre à l'écoute de ce qui me faisait violence. J'avais juste besoin de ça. Je pense que la plupart du temps, on a juste besoin d'être reconnu dans ce qu'on vit. Validé, c'est-à-dire autorisé alors que c'est « tu n'as pas le droit de vivre ce que tu vis ! » et ça me dérange ».*

Si la critique du réductionnisme, dans son versant ontologique, se tourne en priorité vers les professionnel.le.s de santé, il importe de préciser qu'elle peut également s'adresser aux professionnel.le.s du droit en raison de la tendance qu'auraient certain.e.s juristes, durant les audiences JLD, à ne focaliser leurs regards que sur la vulnérabilité juridique des individus. Ce type de réduction est présente chez certain.e.s avocat.e.s pour qui la défense de leur client nécessite de laisser temporairement en suspens l'attention à leurs états de santé. Par exemple, une avocate estimait que, dans le cadre de cette fonction, il ne fallait « *surtout pas se poser la question. Moi, je suis l'avocat de monsieur untel qui est hospitalisé sous contrainte et qui ne veut pas. Donc je cherche à obtenir une mainlevée. J'ai déjà eu des services qui m'ont dit : « oui, mais [...] qu'est-ce qu'on va en faire ?* » *Moi, ce n'est pas mon problème. [...] Je défends mon client et je ne me pose pas la question de : est-ce que c'est justifié, est-ce qu'il ne vaut mieux pas qu'il soit là. [Parce que] si on réfléchit comme ça, on ne peut plus exercer* ». Or, pour

certaines personnes interrogées, cette façon de voir les choses paraît difficilement tenable. Christophe (pair et proche-aidant), qui reprochait l'aspect selon lui strictement procédural de ces audiences, soulignait les risques que ce type de réduction pouvait avoir au regard de la logique du soin :

*« Je pense qu'il y a un côté qui peut être super maltraitant parce que [...] parfois, paradoxalement, [les certificats] sont mal rédigés et la personne sort... [Le juge] est là « tac tac », il fait son taf. Il dit : « oui, non, c'est mal rédigé, la raison n'est pas suffisamment truc, il faut le faire sortir ». C'est chaud ! L'équipe médicale elle est là « non mais attendez... vous le remettez dehors ». Ce sont les libertés de la personne. Mais après ils ne vont pas s'en occuper, les amener chez eux ni même les inviter à manger. « Je suis avocat, mon rôle c'est de te faire sortir. Je t'ai fait sortir, démerde toi ». Après je sors et je me suicide ? On fait comment ? On fait comment ? »*

Enfin, la critique du réductionnisme s'attache à dénoncer le type de prise en charge proposé dans certaines unités et, plus précisément, la tendance que pourraient avoir les professionnel.le.s de soin à ne s'engager dans le soin psychique qu'au prisme d'un agir symptomatologique et pharmacologique tourné vers l'évacuation des « troubles » les plus manifestes. Comme l'exprimait Fiona : *« Casser la crise, pour eux, c'est du soin »*. Dans cette acception, les usager.ère.s soulignent le rapport froid, mécanique et distant initié par certain.e.s soignant.e.s dans la thérapeutique et l'absence de considération véritable dont ils ou elles feraient preuve à l'égard du rétablissement global des individus. Gladys, par exemple, estimait que les médecins avaient trop *« tendance à voir le symptôme. D'où aussi le fait que dans les prises en charge [...] on cherche vraiment à supprimer, éradiquer le symptôme sans forcément s'intéresser à ce qu'il y a exactement derrière »* ; et il en allait de même pour Christophe : *« L'objectif de l'équipe soignante en intra[hospitalier] c'est avant tout que la personne ne soit pas violente envers elle-même, envers l'équipe. Leur objectif c'est de contenir la personne par camisole ou médicament. La personne elle arrive, il faut contenir la crise. Et donc là on est dans le cure et rien à foutre de ces émotions et de ce qu'elle ressent »*.

Un élément évoqué dans ce cadre concerne notamment le manque de sollicitude et de liens dans les services de santé. Dans les entretiens et les *focus groups*, plusieurs personnes mettent ainsi l'accent sur l'usage jugé excessif des médicaments – *« les psychiatres ils ne jurent que par la chimie ! vraiment que par la chimie ! il n'y a rien à côté »* (Personne concernée. *Focus group* Usager.ère.s) – et la difficulté qu'elles ont pu rencontrer à nouer des relations d'échange et de dialogue avec le personnel soignant. Fiona, par exemple, rendait compte cette difficulté en entretien : *« Non seulement on ne nous parle pas, mais en plus, je pense que les rares moments où on nous parle [c'est] pour entendre nos symptômes, pas pour rencontrer la personne que l'on est, ce que l'on ressent »* – avant de poursuivre en *focus group* : *« A aucun moment on pose la question à la personne de ce qu'elle vit ! [...] Jamais personne ne nous demande « est-ce*

*que vous avez peur ? Est-ce que vous avez peur qu'on vous fasse du mal ? Qu'est-ce que vous ressentez du fait d'être ici ? Qu'est-ce que ça vous fait d'être ici ? Est-ce que vous pensez que les gens vous veulent du mal ? Qu'est-ce qu'il s'est passé pour vous avant que vous arriviez ? ».* Par ailleurs, la question de la relation se retrouve au travers d'un autre thème déployé de façon récurrente : celui de l'ennui et de l'errance en psychiatrie. En effet, si la problématique de l'ennui apparaît pour certain.e.s auteur.e.s comme le signe d'une altération de l'action manifestant l'impossibilité, pour les individus, d'être acteurs de ce qui leur arrive (Lapeyronnie, 2022), l'ennui est ici associé à l'absence de relations significatives dans les services de santé :

*« **Participant.e 1** : Il y a beaucoup de temps où il ne se passe rien. Et donc les temps, où il devrait se passer des entretiens, je ne sais pas moi, des activités, des choses à faire ensemble pour être justement dans une relation soignants/soignés et insuffler de la confiance ça... ça n'est pas présent déjà. [Et] Je pense que si tout ce temps à errer devant une télé où il n'y a pas la télécommande et où on regarde la même chaine toute la journée euh... collectivement... en fait c'est une question d'habitude de travail. [...] Moi mes souvenir d'hospit' sous contrainte c'est le bureau des transmissions où les infirmiers et les infirmières sont enfermés dedans et n'en sortent que pour les repas ou que pour les cachetons. Donc... et si on a besoin, il faut aller dans ce bureau et souvent ça les ennue qu'on les dérange. Moi c'est ça, ce sont ces temporalités qui m'étonnent un peu [...]. Je viens interroger comment on remplit son temps de travail et est-ce qu'on a le temps de faire du soin dans ces espaces ?*

***Participant.e 2** : Ça c'est un sujet qui ressort en permanence : l'ennui quand on est dans les unités de soin, l'absence d'activités y compris thérapeutique, comme l'ETP etc. C'est paradoxalement assez peu pratiqué d'ailleurs. Mais globalement les gens ils s'emmerdent quoi ! euh... passer son temps comme ça, c'est compliqué pour quelqu'un qui souffre et qui est restreint dans ses libertés ».*

## **Un besoin d'humanité et de reconnaissance**

Le registre de l'inhospitalité – que ce soit au travers du prisme de la dépossession de soi ou de celui de la disqualification de la parole et des affectes – a ainsi comme particularité de proposer à une critique parfois acerbe de la psychiatrie. Toutefois, il est nécessaire de préciser que ces situations sont rarement imputées aux professionnel.le.s de soin en tant qu'acteur.ice.s individuel.le.s. De la sorte, pour tenter d'en comprendre les raisons, les personnes recourent souvent à des explications de type systémique mentionnant par exemple la détérioration des conditions de travail au sein des unités, la formation médicale des professionnel.le.s de santé trop centrée sur le biologique et le pharmacologique, ou plus largement encore les rapports que la société entretiendrait vis-à-vis de la « folie » (Benoit. Personne concernée). Comme le disait par exemple Fiona : « *Je pense que même les gens au départ, ils avaient envie de... c'est une*

*sorte de dérive. Je ne soupçonne pas tous les gens qui participent à ce système d'être des gens inhumains, non. C'est tout un système justement, qui doit être mis en cause* ». En outre, il est intéressant de noter que la thématization de ces situations laissent entrevoir différents axes de travail autour desquels il serait possible, selon les acteur.ice.s, de repenser le soin psychique et l'espace de la notification des droits.

Ces derniers s'articulent, d'une façon générale, à une demande de réhumanisation des soins, orientée vers des valeurs de bienveillance, d'écoute et d'empathie ainsi que vers des pratiques d'apaisement et de réassurance. Fiona résumait clairement cette perspective lorsqu'elle s'interrogeait en entretien :

*« Est-ce qu'on apprend aux médecins que dans ces moments-là, ce dont ont le plus besoin les gens, c'est d'humanité, d'écoute, de bienveillance, d'apaisement ? [...] Le besoin extrême de la personne dans cet état-là, c'est qu'on lui fasse face avec le plus d'humanité. Il faut la ramener justement à cet endroit-là, au milieu de toutes ses peurs et de tout son vacarme et de tout son désespoir, il faut la ramener à l'endroit : « Regarde, je suis une personne, tu es une personne » – à l'endroit de l'humain. [Il faut] une très grande douceur, être très posé et très aligné. Et c'est là où c'est difficile, parce qu'en fait, ça nécessite un travail sur soi, qui est bien autre que celui d'apprendre à poser des diagnostics et à donner de la chimie ».*

Dans les faits, cette demande implique, pour les acteur.ice.s, de retravailler les relations soignantes vers davantage de réciprocité et d'horizontalité grâce à l'élaboration de styles interactionnels et langagiers cherchant à gommer les asymétries de position entre usager.ère.s et professionnel.le.s de soin. Yohan, abordait cette dimension en revenant sur les interdictions de visite formulées à l'égard des proches : *« Le toubib qui me l'a interdit, je me suis rendu compte qu'il m'avait accueilli vraiment gentiment euh... ce qui est assez rare. Il m'a expliqué que ce serait bien pour moi, pour lui et pour mon fils que je ne vienne pas pendant quelques jours. Ça change tout par rapport à interdire. Il m'a simplement demandé, il ne m'a rien imposé du tout [...] voyez ? Ça change tout, la relation humaine, simple, avec l'autre. [Et] je pense qu'il n'a pas d'abord vu une souffrance, une pathologie, mais un être humain ».* Or, l'élaboration de tels espaces présuppose en amont de lutter contre les formes de réduction ontologique pouvant exister en psychiatrie. Autrement dit, une dimension essentielle devant participer à la réhumanisation des soins du point de vue des usager.ère.s touche à la capacité des soignant.e.s et de l'institution psychiatrique à s'engager dans une lecture globale des individus, plus ouverte à l'épaisseur et à la complexité des expériences humaines. Ce faisant, l'enjeu pour les personnes concernées et les proches est de faire en sorte que les professionnel.le.s de santé reconnaissent, au-delà des fragilités psychiques que les individus peuvent rencontrer à l'occasion des hospitalisations, non seulement leur vulnérabilité juridique

et leur citoyenneté irréductible mais aussi leurs ressentis, leurs émotions et l'importance de leur sens de la justice.

Un problème mentionné ici concerne alors le manque de réflexivité dont pourraient témoigner certain.e.s les professionnel.le.s vis-à-vis de leurs pratiques ou, tout du moins, l'absence de partage et de publicisation de cette réflexivité. Comme le disait Benoit : « *Je n'ai pas l'impression, qu'il y ait un retour réflexif sur ce qui se passe de la part des médecins, du personnel hospitalier sur ce que ça peut signifier pour quelqu'un d'être... fin si, il doit y avoir une réflexion à ce sujet, je suis sûr qu'elle existe, mais en tout cas y'a pas de voilà... [...] Je pense qu'on n'a pas encore cerné l'importance de la signification de ce que ça fait, pour quelqu'un, de lui enlever tout d'un coup ce qui le constitue* ».

Sur cette base, une demande exprimée touche à la reconnaissance des situations de violence ressenties par les personnes hospitalisées sous contrainte. Evoquant les diverses formes de réduction éprouvées les individus durant leurs hospitalisations, Fiona rappelait en ce sens que :

*« Déçement [il faudrait] dire « voilà ce qu'il s'est passé, c'est une violence pour vous ! ». Reconnaître la violence que tout cela représente quand même. Même si elle n'est bien sûr pas voulue, on peut la reconnaître. Rien de tout ça ! « Vous allez prendre vos médicaments ! Vous verrez ça avec le médecin ! Vous allez voir un juge ! » Mais attendez ce n'est pas possible en fait ! Sinon on reconnaît qu'on ne fait pas du soin et qu'on est là uniquement pour casser des symptômes à grand coup de neuroleptiques et après on va rendre les gens à leur famille s'il y en a une ou à rien s'il n'y a rien, mais on reconnaît que c'est ça. Y'a un problème ! [...] Mais c'est une violence l'enfermement pour un être humain, qu'il soit fou ou pas fou. Et donc y'a quand même des questions humaines à se poser avant ».*

Concrètement, cette demande de reconnaissance est adossée au désir de voir se mettre en place de façon plus systématique des dispositifs de médiation tournés vers l'accueil et le partage des ressentis individuels. Par exemple, Gladys considérait comme particulièrement important « *en cas d'hospitalisation sous contrainte et a fortiori d'isolement ou de contention, de pouvoir débriefer très vite pour avoir le ressenti, le vécu de la personne. Pouvoir évaluer en tous cas. Alors par qui ? Moi je pense que c'est là où les pair-aidants ont un gros rôle à jouer [...] parce qu'on le sait que ça peut être traumatisant, venir réveiller des traumatismes, voire créer du trauma. Donc si la personne ne peut pas parler de ce vécu ça donne des choses comme moi en fait, six ans de parcours d'errance* ». Et, précisément, il ressort que c'est au contact de cette double demande d'humanisation et de reconnaissance que les acteur.ice.s ont cherché à se ressaisir de la procédure de notification de droits, d'une part en l'envisageant comme un espace d'apaisement, par le droit, des angoisses générées par les processus de contrainte et, d'autre part, comme un espace de verbalisation et de réparation :

« C'est intéressant de se poser la question de comment [les soignant.e.s] vivent la confrontation entre la prise en compte des droits et le soin, donc ça, ça mène à interroger le vécu des soignants et ça c'est effectivement important je crois à prendre en compte. Mais il y a aussi un autre vécu à interroger, c'est le vécu des personnes hospitalisées sous contrainte pour leur bien mais que ça n'empêche pas la dimension de violence que ça peut représenter en fait. Donc je pense que dans la notification des droits, il faut prendre en compte la violence...[Moi] j'ai cette problématique dans des crises. C'est que, alors que je ne le suis pas dans la vie en général, dans ces moments-là je suis dans un état paranoïaque aigu donc je suis persuadé qu'on veut me faire beaucoup de mal. Et y'a aussi un sentiment de persécution très aigu. Donc comment faire de la notification des droits un espaces d'apaisement et de reconnaissance de toute la violence que cela représente. [...] Y'a un enjeu de comment on peut utiliser le droit au service du soin aussi. Parce qu'en fait, là tel que c'est conçu, ça vient renforcer la paranoïa, renforcer les symptômes et renforcer la peur en fait. Y'a un enjeu à cet endroit-là : comment cette prise en considération des droits et du vécu des personnes peut aussi contribuer à une forme d'apaisement ».

\*

\* \*

L'objectif de cette partie était de s'intéresser à la manière dont les personnes pouvaient travailler le thème de l'ineffectivité attachée à la notification des droits et, plus généralement, celui de l'accès au(x) droit(s) dans les unités de soin. Pour ce faire, nous avons analysé le travail critique que les différentes catégories d'acteur.ice.s rencontrées – professionnel.le.s du soin, usager.ère.s et professionnel.le.s du droit – avaient pu formuler à l'égard des dispositifs juridiques (notification des droits et/ou audiences JLD). Trois registres critiques organisant différents axes de problématisation et de réflexion ont alors été distingués.

D'abord, le *registre de l'artificialité* qui a pour particularité de s'intéresser à la morphologie des dispositifs juridiques érigés à la suite de la réforme de 2011 en pointant leur architecture « par le haut » ainsi que leur caractère, en apparence, essentiellement bureaucratique – c'est-à-dire centré sur une gestion procédurale des mesures d'hospitalisation, sans considération pour la réalité empirique des situations cliniques et sans attention véritable pour la défense et le respect des droits des personnes hospitalisées. Ensuite, le *registre du désintérêt professionnel* qui tend à se focaliser sur l'implication des agent.e.s, placé.e.s à l'intérieur de ces dispositifs, et à pointer l'incapacité ou les réticences que rencontreraient ces dernier.ère.s à s'y investir positivement, au-delà de la seule référence à une exigence de contrôle et de traçabilité. Enfin, le *registre de l'inhospitalité* qui invite à décentrer le regard en se tournant plus largement vers la problématique de l'accueil en psychiatrie et la reconnaissance des atteintes que les personnes concernées peuvent être amenées à vivre durant leur hospitalisation, que ce soit au regard des

pratiques médicales engagées à leur contact, ou au regard de celles initiées au sein même des dispositifs juridiques.

Au-delà, il ressort de l'analyse que les acteur.ice.s ayant pris position au cours de cette étude l'ont généralement fait sur la base d'un répertoire normatif relativement partagé. Celui-ci structure les registres critiques que nous avons esquissés et paraît s'agencer autour de trois attentes.

Une première renvoie à ce que l'on pourrait appeler une *attente de contre-pouvoir*. Celle-ci repose sur la nécessité exprimée par certaines personnes d'encadrer ou de limiter plus efficacement les différentes formes d'autorité que tendrait à exercer le corps médical sur les personnes hospitalisées. Cette attente est présente dans l'intégralité des orientations critiques abordées dans cette partie – les acteur.ice.s évoquant à la fois le pouvoir discrétionnaire des professionnel.le.s, la verticalité des relations avec le personnel soignant, mais aussi le manque d'incarnation juridique permettant aux individus de faire valoir effectivement leurs droits dans les unités de soin – et plusieurs modalités ont pu être suggérées pour tenter d'y répondre. Du côté du registre de l'artificialité, la gestion de cette attente implique notamment de repenser les modes de présence du droit dans les hôpitaux psychiatriques en associant des juristes à l'acte de notification (que ce soit aux côtés ou à la place des professionnel.le.s de soin) et en développant, dans les services de santé, des formes de médiation et d'accompagnement juridique à destination des personnes hospitalisées. En revanche, du côté de la critique du désintérêt professionnel et de celle de l'inhospitalité, la gestion de cette attente se veut plus diffuse et présuppose de retravailler l'engagement relationnel des professionnel.le.s de même que leur réflexivité – ces dernier.ère.s ayant alors la responsabilité de remédier par elles.eux-mêmes aux asymétries de position pouvant exister dans les relations de soin, dans un souci d'horizontalité et de réciprocité.

Une deuxième attente renvoie à ce que l'on pourrait appeler une *attente de cérémonialisation*. Celle-ci s'observe dans la volonté exprimée par les individus de mettre en place, dans les hôpitaux, des espace-temps rituels dédiés à la problématique des droits, de même que dans la nécessité de revaloriser l'engagement des acteur.ice.s vis-à-vis des dispositifs et des procédures juridiques, en actant de leur mission de restauration et de réparation statutaire. De ce point de vue, elle fait directement écho à la critique du désintérêt professionnel et à l'exigence de réaffirmation citoyenne qui la porte, mais on la retrouve également dans la critique de l'inhospitalité via la question de la reconnaissance des situations de violence vécues par les usager.ère.s.

Enfin, une troisième correspond à une *attente de care* dont l'un des enjeux invite à ne pas restreindre la réflexion autour des droits des personnes hospitalisées à la seule question juridique. En effet, les acteur.ice.s qui s'y réfèrent tendent à acter de l'indissociabilité existant selon elles.eux entre la logique des droits et la logique du soin et invitent à se montrer attentif aux différentes formes de vulnérabilité (psychiques, juridiques et sociales) que peuvent rencontrer les individus au cours de leur trajectoire. Cette attente se donne à voir lorsque les

participant.e.s s'interrogent sur les conditions de vie ordinaires au sein des services de santé, ainsi que sur les styles interactionnels et relationnels devant s'y déployer. Notamment, on la retrouve dans la critique de l'artificialité lorsque les personnes rappellent la particularité du soin psychique, son ancrage humaniste, et le besoin qu'il y aurait de revaloriser la clinique psychiatrique au travers d'une éthique de la situation plus ouverte à la singularité des individus. Surtout, elle fait partie intégrante de la critique de l'inhospitalité et de la problématique de l'accueil ; celle-ci gravitant autour de deux impératifs majeurs : d'une part, celui de la sollicitude et de la bienveillance, et d'autre part, celui de la globalité, entendue comme mouvement de reconnaissance de la complexité inhérente à toute forme de vie contre les tendances au réductionnisme médical ou juridique.

## Conclusion et perspectives

Cette recherche visait à s'intéresser à la judiciarisation de la psychiatrie hospitalière, en prenant comme point d'entrée la procédure de notification des droits faite aux personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement. Partant d'une commande de l'association Droit Pluriel faisant suite aux retours d'expériences de certain.e.s usager.ère.s, il s'agissait de mieux comprendre les enjeux associés à cette mise en information juridique dans les services de santé et, par là même, d'interroger les manières dont les individus impliqués autour de l'accès au(x) droit(s) en psychiatrie parvenaient à composer avec cette obligation légale.

Sur cette base, l'enquête mise en œuvre a été de nature compréhensive et pragmatique : tournée vers le recueil des discours, des avis et des schémas de jugement formulés par les différentes catégories d'acteur.ice.s en présence (professionnel.le.s du soin, usager.ère.s et professionnel.le.s du droit) à l'occasion d'entretiens semi-directifs et de *focus groups*. Par ailleurs, et en amont de cette démarche, un travail d'analyse de la presse a été entrepris dans une perspective socio-historique afin d'appréhender le contexte politique d'élaboration et de réception de la loi du 5 juillet 2011 – cette dernière marquant en effet la naissance du recours systématique aux audiences JLD dans le cadre des mesures d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie et l'introduction, dans les unités de soin, de la procédure de notification des droits.

L'objectif du présent rapport était ainsi de proposer une analyse du travail normatif engagée par les acteur.ice.s autour de la notification des droits, sans restreindre pour autant notre attention à cet unique dispositif. Comme nous avons pu le voir tout au long de ce rapport, une des particularités de l'étude résidait dans son degré d'ouverture et dans la façon que nous avons eu de suivre les participant.e.s dans leurs opérations critiques, quand bien même celles-ci paraissaient déborder le cadre strict de la commande initiale. De ce point de vue, et cette dimension constitue en elle-même un résultat important à prendre en compte, il ressort que, pour les personnes rencontrées, l'engagement dans une réflexion portant sur la notification des droits s'avère indissociable d'une appréhension plus globale – les acteur.ice.s se saisissant en effet de ce thème afin de travailler, d'une façon générale, l'état de la psychiatrie en France, le type de rapport au soin pouvant être engagés ou encore les types de relation devant ou pouvant se déployer entre le monde du droit et celui de psychiatrie.

Cette démarche nous a alors permis d'approcher, et parfois même de prolonger, différents axes analytiques présents dans la littérature en sciences sociales : que ce soit par exemple en précisant les logiques, à la fois politiques et normatives, ayant organisées l'espace des controverses lors de la constitution de la loi du 5 juillet 2011 et sa promulgation (Partie I) ; en clarifiant les différents types d'épreuves – énonciatives, logistiques et juridictionnelles – rencontrées par les soignant.e.s dans la réalisation de cette procédure de notification des droits (Partie II) ; ou encore en esquissant les registres la critique mobilisés de façon récurrentes

par les acteur.ice.s afin de rendre compte de son l'ineffectivité potentielle ou de son insuffisance.

Compte tenu des développements précédents, un élément nous paraissant important à mettre en exergue réside dans le fait que l'une des problématiques majeures soulevée au cours de cette recherche touche à la question du formalisme associée à la procédure de notification des droits et, plus largement, au mode de présence du droit dans les hôpitaux. Cette question irrigue une grande partie du travail normatif déployé par les individus – tant dans la compréhension des difficultés formulées par les professionnel.le.s de soin que dans les orientations critiques énoncées plus largement à son contact – et a d'ailleurs constitué un des éléments à partir duquel ils ont pu émettre certains axes de recommandation. Aussi, dans cette conclusion nous proposons de revenir sur certains de ces axes avant de suggérer quelques pistes d'ouvertures et de prolongements en vue de recherches futures.

Au sujet tout d'abord des prospectives émises par les participant.e.s et des zones potentielles de recommandation, il convient de préciser qu'une partie d'entre elles ont pu revêtir un degré assez élevé de généralité, dépassant en ce sens la simple question de la notification des droits. Ce fut par exemple le cas lorsque les acteur.ice.s estimaient nécessaire de limiter les hospitalisations sans consentement en psychiatrie en systématisant, par exemple, le recours aux directives anticipées en psychiatrie ou encore, en poursuivant certaines expérimentations alternatives telles que les Lieux de Répit<sup>114</sup>. Par ailleurs, ce degré de généralité se retrouvait lorsque les individus faisaient part de la nécessité qu'il y avait à d'augmenter les moyens humains et financiers en psychiatrie, d'une part, afin de garantir une meilleure qualité dans les soins et de veiller à une plus grande disponibilité des soignant.e.s et, d'autre part, afin d'assurer des modalités de prise en charge plus respectueuses des droits et de la dignité des personnes hospitalisées.

Dans le même sens, un nombre important de participant.e.s, (soignant.e.s, usager.ère.s et de juristes) ont exprimé le besoin de développer davantage la pair-aidance et la médiation en santé dans les services hospitaliers, tant pour les personnes directement concernées que pour leurs proches. Du point de vue de beaucoup, cette mesure permettrait, en effet, de garantir une certaine attention en termes de *care* et de sollicitude dans les unités, tout en améliorant la communication ainsi que le partage d'informations et de ressources entre protagonistes. Enfin, plusieurs acteur.ice.s rencontré.e.s durant la recherche ont pu émettre le souhait de voir s'améliorer les échanges entre professionnel.le.s du soin et professionnel.le.s du droit. Dans ce cadre, une des demandes exprimées visait à la mise en place des dispositifs de co-apprentissage entre juristes et soignant.e.s, par exemple, via l'élaboration de formations croisées, dans une logique d'acculturation et de sensibilisation mutuelle. Conjointement, une suggestion qui

---

<sup>114</sup> Les Lieux de Répit (LDR), sont des espaces qui proposent d'accueillir les personnes en situation de crise psychique dans des dispositifs non médicalisés. Sur les expérimentations ayant été initiées à Marseille voir : Bechla et Zerbib (2022) et Bechla, Mohand et Robert (2023).

pourrait être formulée en ce sens, inviterait à systématiser les moments de convivialité et de discussions interprofessionnelles, par exemple lors de colloque ou de journées d'études, sans pour autant occulter l'importance des savoirs expérientiels déployés par les personnes ayant pu faire l'objet de mesure de contrainte ou leurs représentants associatifs.

Concernant plus précisément la procédure de notification des droits, trois propositions ont été formulées. Toutefois, avant de les présenter rapidement, précisons d'emblée que ces dernières se sont moins concentrées sur la dimension logistique ou administrative de la notification – c'est-à-dire sur son effectivité technique ou procédurale – que sur la question plus élargie des formes d'accès aux informations juridiques dans les services de santé.

Une première mesure évoquée en ce sens renvoie à la nécessité dont de certain.e.s acteur.ice.s ont pu nous faire part de mettre en place des espace-temps exclusivement dédiés à cette procédure. Cette mesure permettrait alors de marquer la cérémonialité de cet acte juridique en rappelant sa dimension symbolique et permettrait, par là même occasion, de limiter le risque de confrontation dans lignes de travail engagées par les professionnel.le.s de soin. Dans ce cadre, une recommandation inciterait par exemple à dissocier les actes de notification des droits des entretiens cliniques comme c'est le cas pour certaines unités, et à sortir d'une conception routinisée de cette procédure. En outre, il semblerait opportun de réfléchir à la mise en place de binômes éventuellement composés de juristes, de pair-aidant.e.s ou de soignant.e.s dévolu.e.s à ce moment de mise en information juridique.

Un second ensemble de propositions, s'articule quant à lui à une logique de désenclavement. En effet, plusieurs personnes ont estimé que le moment de notification des droits ne pouvait pas suffire, à lui seul, en tant que point d'accès aux informations juridiques. De ce point de vue, il s'agissait par exemple pour certain.e.s acteur.ice.s (principalement les juristes) de rappeler l'importance qu'il y avait de remettre aux personnes hospitalisées les documents de notification afin que ces dernières puissent les consulter en fonction de leur besoin sans forcément dépendre des soignant.e.s. Par ailleurs, certain.e.s participant.e.s ont également rappelé le rôle que devaient avoir les avocat.e.s en matière d'informations lors de leurs entretiens avec les « patient.e.s-justiciables » en amont des audiences JLD. Toujours suivant cette logique, certaines personnes ont de plus estimé nécessaire de faire en sorte que les individus puissent être informés de leurs possibilités juridiques avant même leurs éventuelles hospitalisations. Un des enjeux concernait alors la diffusion des informations juridiques contenue dans la notification des droits et l'une des suggestions formulées invitait par exemple à se saisir des directives anticipées en psychiatrie comme outils potentiels de mise en information.

Enfin, un dernier axe de recommandation évoqué renvoie à l'idée de déployer, *à l'intérieur des unités de soin*, des formes de permanences juridiques. Cette mesure, qui a été formulée au cours de la recherche, paraît présenter plusieurs avantages. Tout d'abord, elle permettrait de modifier la place occupée par le droit dans les établissements de santé, en inscrivant directement dans les services la présence effective d'un « tiers juridique ». Ensuite, de tels dispositifs constitueraient un point d'accès permanent, ou du moins régulier, aux informations juridiques

pour les personnes hospitalisées tout en leur garantissant un accompagnement dans l'affirmation de leurs droits ainsi que dans la préparation et le suivi de leurs démarches. Troisièmement, cette mesure assurerait une plus forte proximité entre le monde du droit et le monde du soin, en autorisant des formes d'intermédiation professionnelle, et apparaîtraient en ce sens comme une ressource éventuelle pour les soignant.e.s elles.eux-mêmes dans la gestion juridique de leurs activités cliniques.

Parallèlement, différentes pistes de recherche peuvent être formulées afin d'approfondir l'analyse des pratiques entourant la notification des droits. L'une d'entre elle pourrait s'inscrire dans une approche comparative consistant à étudier de façons symétriques les tensions associées à ce type de procédure dans d'autres espaces en suivant, par exemple, les prérogatives attachées au Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté. Dans ce cadre, et sur la base d'une démarche similaire à celle développée dans le présent rapport, il s'agirait de comparer les épreuves rencontrées par les professionnel.le.s de soin et les registres critiques énoncés vis-à-vis de la notification des droits en contexte psychiatrique, à ceux formulés par exemple dans les établissements pénitentiaires ou encore dans les centres de rétention administrative. Cette démarche permettrait alors d'isoler les spécificités propres à chacune de ces institutions et leur traits communs, en engageant une réflexion plus générale sur la problématique de l'accès aux informations juridiques dans les espaces marqués par une forme de privation de liberté.

Une deuxième orientation de recherche, inviterait pour sa part à rouvrir l'enquête autour de cette procédure au travers d'une démarche ethnographique. En effet, si l'analyse des discours et des évaluations émises par les acteur.ice.s nous a permis d'esquisser une partie de la normativité et des positionnements critiques, il reste que cette façon de procéder ne permet pas de rendre compte de la pratique effective de la notification des droits. Dans ce cadre, la posture envisagée consisterait à engager une enquête infrastructurelle, suivant à la trace la chaîne de circulation des documents de notification depuis leur production administrative par le Bureau de loi, jusqu'à leur mobilisation lors des audiences JLD, en passant par leur réception dans unités de soin et leur mise en situation auprès des personnes hospitalisées. Notamment, cette réouverture permettrait de préciser les difficultés pratiques rencontrées *en situation* par l'ensemble des protagonistes et de mieux cerner les contraintes logistiques attachées à ce dispositif.

Enfin, une dernière proposition possédant un aspect davantage prospectif inviterait à approfondir l'idée suggérée dans ce rapport d'instaurer, dans les services de santé, des permanences juridiques. En effet, cette proposition avait été amplement discutée durant le *focus group* mixte que nous avons organisé en septembre 2024 et fut particulièrement bien reçu – les acteur.ice.s présent.e.s (personnes concernées, professionnel.le.s de soin et juristes) estimant que ce type de mesure constituerait un appui important pour les respects des droits des personnes hospitalisées sous contrainte en psychiatrie. Cependant, et une fois passer cet accord de principe, plusieurs discussions ont pu s'exprimer quant à la forme plus précise que devait

revêtir ces permanences, que ce soit au sujet de leurs composition internes – quelle place accorder aux soignant.e.s et aux pair-aidant.e.s dans ce type d’espaces ? Faudrait-il privilégier la figure de l’avocat.e ou celle du juriste associatif ? – ou bien au sujet de leurs champs potentiels d’action. Aussi, et sans trancher sur ce type d’interrogation, il conviendrait d’initier des démarches de co-construction avec les différentes catégories d’acteur.ice.s en présence afin de réfléchir à la confection d’espaces susceptibles de répondre au mieux aux attentes et aux contraintes de chacun.e. Dans cette logique, un projet s’inscrivant dans une perspective résolument participative pourrait être déposé. Celui-ci, pourrait alors se structurer en trois phases : tout d’abord, une phase de conception centrée sur la mise en forme, à distance, d’un projet de permanence juridique ; ensuite, une phase d’expérimentation au sein d’une ou de plusieurs services de santé ; enfin, une phase d’évaluation tournée vers le retour d’expérience et l’analyse des effets positifs ou négatifs pouvant y être associés.

## Bibliographie

- Agrikoliansky E. 2010. « Les usages protestataires du droit ». In. Fillieule O., Agrikoliansky E. et Sommier I. (dir.). *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*. Paris. La découverte. pp. 225-244.
- Akrich M. 2006. « La description des objets techniques ». In. Akrich M., Callon M. et Latour B. *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris. Presses des Mines. pp. 159-178.
- Angeletti T. et Chappe V-A. (dir.). 2024. *Les modes de présence du droit*. Raisons Pratiques n°32. Paris. Editions de l'EHESS.
- Aust J. et Benamouzig D. 2022. « Des frontières des organisations à l'organisation des frontières ». In. Borraz O. (dir.). *La société des organisations*. Paris. Les Presses de SciencePo. pp. 199-212.
- Autès E. 2014. « La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : comment « faire une place » à un usager dans un réseaux de professionnels en santé mentale ». *Anthropologie & Santé*. n°8. [En ligne]. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1311>
- Avril C. 2019. « Secrétaire, des domestiques comme les autres ? ». *Mélanges de l'Ecole française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*. Vol. 131. n°1. [En ligne] <https://doi.org/10.4000/mefrim.6116>
- Barbot J. 2002. *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris. Editions Balland.
- Barbot J. 2012. « Mener un entretien de face à face ». In. Paugam S. (dir.). *L'enquête sociologique*. Paris. PUF. pp. 115-141.
- Barbot J. 2018. « Aux frontières de l'irresponsabilité médicale. Les médecins en procès au début du XIX<sup>e</sup> siècle ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 36. n°4. pp. 65-92.
- Barbot J. et Dodier N. 2010. « Violence et démocratie au sein d'un collectif de victimes. Les rigueurs de l'entraide ». *Genèses*. Vol. 4. n°81. pp. 84-103.
- Barbot J. et Dodier N. 2014. « Repenser la place des victimes au procès pénal ». *Revue française de science politique*. Vol. 64. n°3. pp. 407-433.
- Barbot J. et Dodier N. 2018. *Les témoignages, à l'audience pénale, des victimes d'une affaire de santé publique. Pratique et répertoire normatif des acteurs du procès*. Rapport à la Mission de Recherche Droit et Justice du ministère de la Justice.

- Barbot J et Dodier N. 2023. *Des victimes en procès. Essai sur la réparation*. Paris. Editions des Presses des Mines.
- Barnes M. 2004. « Affect, anecdote and diverse debates : User challenges to scientific rationality ». In. Gray A. and Harrison S. (eds). *Governing medicine : Theory and practice*. Maidenhead. McGraw-Hill/Open University Press. pp. 122-132.
- Barthe Y., de Blic et al. 2013. « Sociologie pragmatique : mode d'emploi ». *Politix*. Vol. 103. n°3. pp. 175-204.
- Baudot P.Y et Revillard A. 2014. « Entre mobilisations et institutions. Les politiques des droits dans l'action publique ». *Gouvernement et action publique*. Vol. 3. n°4. pp. 9-33.
- Beaud S. et Weber F. 2010. *Guide de l'enquête de terrain*. Paris. La Découverte.
- Bechla I. et Zerbib L. 2022. « Lieu de répit. Un espace pour le « soi » dans le champ de la santé mentale ». In. Chambon N., Estecahandy P., Picolet E. et Hennin M. (dir.). *La politique du logement d'abord en pratique*. Paris. Presses de Rhizome. pp. 223-234.
- Bechla I., Mohand A. et Robert J. 2023. « La recherche-action participative menée au « Lieu de répit » Marseille, un catalyseur de transformation sociale ». *Santé Publique*. Vol. 35. n°2. pp. 31-35.
- Bellahsen M. 2023. *Abolir la contention*. Paris. Editions Libertalia.
- Benford R. et Hunt S. 2001. « Cadrage en conflit. Mouvements sociaux et problèmes sociaux ». In. Cefaï D. et Trom D. (dir.). *Les formes de l'action collective. Mobilisation dans des arènes publiques*. Raisons Pratiques n° 12. Paris. Editions de l'EHESS. pp. 163-194.
- Bernardet P. Douarki T. et Vaillant C. 2002. *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*. Paris. Erès.
- Bernheim E. 2012. « De la mise en scène de la justice. Accès aux droits, rôle des tribunaux et statut citoyen en santé mentale ». *Droit et société*. Vol. 81. n°2. pp. 365-380.
- Bitton A. 2013. « La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et « putsh » judiciaire ». *L'information psychiatrique*. Vol. 89. n°1. pp. 9-12.
- Bitton A. 2015. « Contrôle judiciaire des hospitalisations psychiatrie sans consentement : 2015-2005, éléments pour un comparatif ». *L'information psychiatrique*. Vol. 91. n°6. pp. 479-484.
- Boisson M. et Denis J. 2024. « Faire remonter les chiffres du Covid. La centralisation des données de la pandémie et ses épreuves ». *Revue d'Anthropologie des connaissances*. [En ligne] <https://doi.org/10.4000/12swi>

- Boltanski L. 2009. « Autour de *De la justification*. Un parcours dans le domaine de la sociologie morale ». In. Breviglieri M. et al. (dir.). *Compétences critiques et sens de la justice*. Paris. Economica. pp. 15-35.
- Boltanski L. 2011. *L'amour et la justice comme compétence*. Paris. Gallimard.
- Bowker G. et Star S.L. 2023 [1999]. *Arranger les choses. Des conséquences de la classification*. Paris. Editions de l'EHESS.
- Brennan E. et Suchman M.C. 2020. « Law and technology in healthcare organization ». In. Jacob M-A et Kirkland A. (eds.). *Research on socio-legal studies of medicine and health*. Edward Elgar Publishing. pp. 169-190.
- Bureau-Point E. et Hermann-Mesfen J. 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire ». *Anthropologie & Santé*. n°8. [En ligne]. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>
- Castel R. 1995. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris. Gallimard.
- Cefaï D. 1996. « La construction des problèmes publics. Définitions de situation dans les arènes publique ». *Réseaux*. Vol. 14. n°75. pp. 43-66.
- Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. 2012. *Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux*.
- Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté. 2020. *Soins sans consentement et droits fondamentaux*. Paris. Dalloz.
- Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté. 2019 et 2021. *Rapports d'activité 2018 et 2020*.
- Contrôleur Général de Lieux de Privation de Liberté. 2022. *Rapport d'activité 2021*.
- Champion F. 2008. (dir.). *Psychothérapie et société*. Paris. Armand Colin.
- Chateauraynaud F. 1991. *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*. Paris. Editions Métailié.
- Clarke A., Friese C. et Washburn R. 2018. *Situational Analysis. Grounded Theory After the Interpretative Turn*. Los Angeles. Sage Publication.
- Coldefy M. et al. 2015. « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes. Questions d'économie de la santé*. n° 205. pp. 1-8.

Coldefy M. et al. 2017. « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes. Questions d'économie de la santé*. n° 222. pp.1-8.

Coldefy M. et al. 2022. « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre ». *Irdes. Questions d'économie de la santé*. n°269. pp. 1-8.

Crespin R. 2016. « Critiques et formes de résistance d'une médecine sous influence. Les médecins du don face à la rationalisation de leurs pratiques ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 34. n°4. pp. 45-69.

Crossley N. 2006. « Changement culturel et mobilisation des patients : Le champ de la contestation psychiatrique au Royaume-Uni, 1970-2000 ». *Politix*. Vol. 73. n°1. pp. 23-55.

Delpuech T., Dumoulin L. et de Galembert C. 2014. *Sociologie du droit et de la justice*. Paris. Armand Colin.

Demailly L. 2021. « La professionnalisation de la pair-aidance en santé mentale en France : processus et enjeux ». In. Gardien E. (dir.). *L'accompagnement par les pairs. Enjeux de participation et de professionnalisation*. Presse Universitaire de Grenoble. pp. 80-97.

Demailly L. et Autès M. (dir.). 2012. *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris. Armand Colin.

Demailly L. Roelandt J-L. et Daumerie N. 2012 « Pourquoi la psychiatrie sociale et communautaire a-t-elle du mal à s'implanter en France ? » In. Demailly L. et Autès M. (dir.). *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*. Paris. Armand Colin. pp. 173-184.

Demailly L. et Garnoussi N. 2015. « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style ». *Sciences et Actions Sociales*. Vol. 1. n°1. pp. 51-71.

Demange E., Henry E. et Préau M. 2012. *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique*. Paris. ANRS.

Dodier N. 1990. « Représenter ses actions ». In. Pharo P. et Quéré L. (dir.). *Les formes de l'action*. Raisons pratiques n°1. Paris. Editions de l'EHESS. pp. 115-148.

Dodier N. 1994. « Causes et mises en cause. Innovation sociotechnique et jugement moral face aux accidents du travail ». *Revue Française de Sociologie*. Vol. 35. n°2. pp. 251-281.

Dodier N. 1999. « L'espace public de la recherche médicale. Autour de l'affaire de la ciclosporine ». *Réseaux*. Vol. 95, n°4. pp. 107-154.

- Dodier N. 2003. *Leçons politiques de l'épidémie du sida*. Paris. Editions de l'EHESS.
- Dodier N. 2024. « S'ajuster par le haut ou par le bas aux inégalités. Une tension structurante dans la chirurgie humanitaire ». *SociologieS*. [En ligne] <https://doi.org/10.4000/11ulc>
- Dodier N. Camus A. 1997. « L'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales ». *Communications*. Vol. 65. pp. 109-119.
- Dodier N. et Rabeharisoa V. 2006. « Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social ». *Politix*, n°73, pp. 9-22.
- Dodier N. et Barbot J. 2016. « La force des dispositifs ». *Annales. Histoire et sciences sociales*. n°2. pp. 421-450.
- Dujardin V. et Péchillon E. 2015. « La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste ». *L'information psychiatrique*. Vol. 91. n°6. pp. 459-469.
- Eyraud B. et Henckes N. 2013. « Entre psychiatrie, travail social et droit civil : les régulations de la protection de la personne au tournant des années 1968 ». *Le mouvement Social*. Vol. 1. n°242. pp. 61-79.
- Eyraud B., Lainé A., El Ayoubi R. et Parriaud A. 2022. « L'adaptation sociétale à la reconnaissance de droits humains fondamentaux : l'exemple du contrôle judiciaire systémique des soins sans consentement ». *Revue française d'éthique appliquée*. Vol. 13. n°2. pp. 117-129.
- Fainzang S. 2006. *Les relations médecins-malades : information et mensonge*. Paris. PUF.
- Felstiner W., Abel R. et Sarat A. 1991. « L'émergence et la transformation des litiges : réaliser, reprocher et réclamer ». *Politix*. Vol. 4. n°16. pp. 41-54.
- Fischer N. 2015. « Entre droit et savoirs professionnels. L'action des membres du contrôleur général des lieux de privation de liberté français ». *Déviance et Société*. Vol. 40. n°4. pp. 411-432.
- Fornier Ordioni E. 2019. « *Whatever Works* ». *Sociologie des thérapies cognitives et comportementales*. Thèse de sociologie. Paris. EHESS.
- Foucault M. 1999. *Les Anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*. Paris. Hautes Etudes – EHESS – Gallimard – Seuil.
- Foucault M. 2004. *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Paris. Hautes Etudes – EHESS – Gallimard – Seuil.
- Fraenkel B. et Pontille D. 2003. « L'écrit juridique à l'épreuve de la signature électronique, approche pragmatique ». *Langage et société*. Vol. 2. n°104. pp. 83-122.

- Gibbs. A. 1997. « Focus Groups ». *Social Research Update*. Issue 19.
- Girer M. 2014. « Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 32. n°1. pp. 29-37.
- Glaser B. et Strauss A. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago. Aldine Publishing Company.
- Godet T., Péchillon E., Biotteau-Lacoste M. et Senon J-L. 2017. « Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures ». *Annales Médico-psychologique*. Vol. 175. n°8. pp. 679-684.
- Godrie B. 2019. « Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 37. n°1. pp. 43-67.
- Goffman E. 1968. *Asiles. Etudes sur la condition des malades mentaux*. Paris. Les Editions de Minuit.
- Goffman E. 1975 [1963]. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris. Les Editions de Minuit.
- Goffman E. 1991 [1974]. *Les cadres de l'expérience*. Paris. Les Editions de Minuit.
- Gousset R. Alamowitch N., Mache C. et Gourevitch R. 2020. « Etude descriptive des mainlevées prononcées par le juge des libertés et de la détention au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre 2018 ». *L'encéphale*. Vol.46. pp. 436-442.
- Greacen T. et Jouet E. 2012. *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Paris. Erès.
- Guibet Lafaye C. 2014. « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire ». *L'information psychiatrique*. Vol. 90. n°7. pp. 575-582.
- Guibet Lafaye C. 2016. « L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs ». *Revue Française des Affaires Sociales*. n° 2. Pp. 35-55.
- Henckes N. 2015. « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? ». *Esprit*. n°. 3-4. pp. 28-40.
- Henckes N. 2018. « Les deux désinstitutionnalisations : Psychiatrie, sciences sociales et modernisation après la seconde guerre mondiale ». In. Coutant I. et Wang S. (dir.). *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. Paris. CNRS Editions. pp. 143-160.

- Hennion A. et Vidal-Naquet P. 2015. « « Enfermer Maman ! » Epreuve et arrangements : le care comme éthique de la situation ». *Sciences Sociales en Santé*. Vol. 33. n°3. pp. 65-90.
- Hilgartner S. et Bosk C. 1988. « The Rise and Fall of Social Problems : A Public Arenas Model ». *The American Journal of Sociology*. Vol. 94. n°1. pp. 53-78.
- Hirschman A. 1991. *Deux siècles de rhétorique réactionnaire*. Paris. Fayard.
- Israël L. 2009. *L'arme du droit*. Paris. Les Presses de SciencePo.
- Israël L. (dir.). 2021. *Causes suprêmes. Les mobilisations politiques du droit devant les hautes cours*. Rapport à la Mission de Recherche Droit et Justice du ministère de la Justice.
- Jacqueline S. 2006. « Les politiques du patient en pratique. Psychanalyse et psychopharmacologie ». *Politix*. Vol. 1. n°73. pp. 83-108.
- Jaeger M. et Rossler W. 2010. « Enhancement of outpatient treatment adherence : Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness ». *Psychiatry Res*. 180(1). pp.48-53.
- Kaufmann L. et Quéré L. (dir.). 2020. *Les émotions collectives*. Raisons Pratiques n°29. Paris. Editions de l'EHESS.
- Kinner S.A. et al. 2017. « Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings : findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals ». *Epidemiol Psychiatr Sci*. 26(5). pp. 535-544.
- Kitzinger J. 1995. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. Vol. 31. pp. 299-302.
- Kivits J., Balard F., Fournier C. et Winance M. (dir.). 2016. *Les recherches qualitatives en santé*. Paris. Armand Colin.
- Lainé A., El Ayoubi R., Duchêne T. et al. 2024. « Entre respect des droits et souci clinique : la difficile écoute des justiciables hospitalisés au cours des audiences judiciaires ». *L'information psychiatrique*. Vol. 100. n°4. pp. 217-224.
- Lannoy P. et Nijs G. 2016. « L'entretien collectif : un dispositif de réflexivité distribuée ». *In*. Kivits J., Balard F., Fournier C. et Winance M. (dir.). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris. Armand Colin. pp. 101-116.
- Lapeyronnie D. 2022. *Ennui : l'ombre de la modernité*. Paris. Rue de Seine éditions.
- Lascoumes P. 2007. « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ? ». *Politiques et management public*. Vol. 25. n° 2. pp. 129-144.
- Lascoumes P. et Serverin E. 1988. « Le droit comme activité sociale : pour une approche wébérienne des activités juridiques ». *Droit et société*. n°9. pp. 165-187.

- Latour B. 2002. *La fabrique du droit. Une ethnographie du Conseil d'Etat*. Paris. La Découverte.
- Lecoeur-Boender M. 2007. « L'impact du droit relatif à la démocratie sanitaire sur le fonctionnement hospitalier ». *Droit et société*. Vol. 3. n°67. pp. 631-647.
- Lemieux C. 2018. *La sociologie pragmatique*. Paris. La Découverte.
- Lewis L. 2012. « It's people's whole lives » : Gender, Class and the emotion work of user involvement in mental health services. *Gender, Work & Organization*. Vol. 19. n°3. pp. 276-305.
- Maître E., Debien C., Nicaise P. et al. 2013. « Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives ». *L'Encéphale*. Vol. 39. pp. 244-251.
- Marquès A., Daoud V., Stamatiadis L. et Chaltiel P. 2013. « La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? ». *L'information psychiatrique*. Vol. 89. n°2. pp. 171-177.
- Marquès A., Eyraud B. et Velpy L. 2015. « Les enjeux d'une judiciarisation tardive, inévitable et embarrassante ». *L'information psychiatrique*. Vol. 19. n°6. Pp. 471-477.
- Marquès A., Saetta S. et Tartour T. 2016. « Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire ». *Revue Française de Affaires Sociales*. n°2. pp. 57-74.
- Marquis N. et Moutaud B. 2020. « Les vies de la psychiatrie et la reconfecion de l'ordinaire ». *Anthropologie & Santé*. [En ligne] <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.6099>
- Mathieu-Fritz A. 2021. *Le praticien, le patient et les artefacts. Genèse des mondes de la télémédecine*. Paris. Presse des Mines.
- Mol A. 2009. *Ce que soigner veut dire. Repenser le libre choix du patient*. Paris. Editions des Presses des Mines.
- Molyneaux E., Turner A., Candy B. et al. 2019. « Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder : sytematic review and meta-analyses ». *BJPsych Open*. Vol. 5. n°4. DOI: [10.1192/bjo.2019.28](https://doi.org/10.1192/bjo.2019.28)
- Moreau D. 2015. *Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives de l'intervention psychiatrie après l'asile*. Thèse de sociologie. Paris. EHESS.
- Moreau D. et Marquès A. 2020. « Programmes de soin : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital ». *L'information psychiatrique*. Vol. 96. n°3. pp. 177-184.
- Peljak D. 2016. « Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français ». *Revue Française des Affaires Sociales*. n°2. pp. 75-88.

- Pharo P. 2004. *Moral et sociologie*. Paris. Editions Gallimard.
- Pols J. 2003. « Enforcing patient right or improving care ? The interference of two modes of doing good in mental health care ». *Sociology of Health and Illness*. Vol. 25. n°4. pp. 320-347.
- Pontille D. et Denis J. 2012. « Travailleurs de l'écrit, matières de l'information ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. Vol. 6. n°1. pp. 1-20.
- Protais C. 2016. *Sous l'emprise de la folie. L'expertise judiciaire face à la maladie mentale (1950-2009)*. Paris. Editions de l'EHESS.
- Rabeharisoa V. et Callon M. 2004. « Patients and Scientists in French Muscular Dystrophy Research ». In. Jasanoff (ed.). *States of Knowledge: The CoProduction of Science and the Social Order*. Londres. Routledge. pp. 142-160.
- Reveillere C. Prauthois L. et Péglise J. 2022. « Droit et temporalité : rythmes, prévisions et rapports de pouvoir ». *Droits et société*. Vol. 2. n°111. pp. 235-249.
- Rhenter P. 2010. « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique ». *Journal français de psychiatrie*. Vol. 3. n°38. pp. 12-15.
- Rossini K. et Verdoux H. 2015. « Etude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention ». *L'Encéphale*. Vol. 41. n°4. pp. 332-338.
- Saetta S., Coldefy M., Degry J. et al. 2023. « PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France ». *L'encéphale*. Vol. 49. n°4. pp. 433-436.
- Saetta S., Fillion E., Marquès A. et Minoc J. 2023. « « Pas de crise, soyez coopérative ! » : les conditions de prise en compte de la parole des patient.e.s dans une unité psychiatrique ». *Sciences Sociales et Santé*. Vol. 41. n°2. pp. 5-29.
- Schaad B. (dir.). 2023. *(In)hospitalité hospitalière. Conflit, Médiation, Réconciliation*. Chêne-Bourg. RMS Editions.
- Sifer-Rivière L. 2016. « Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes ». In. Kivits J., Balard F., Fournier C. et Winance M. (dir.). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris. Armand Colin. pp. 86-101.
- Stavo-Debauge J. 2003. « Prendre position contre l'usage de catégories « ethnique » dans la statistique publique ». In. Laborier P. et Trom D. (dir.). *Historicité de l'action publique*. Paris. PUF. pp. 293-328.
- Strauss A. 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris. L'Harmattan.

- Tartour T. 2021. *L'administration du désordre. Gouverner l'hôpital psychiatrique depuis les années 1980*. Thèse de sociologie. Paris. SciencePo.
- Tartour T. et Barnard A. 2018. « Démocratie sanitaire à New York : la participation dans le contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement ». *Participations*. Vol. 22. n°3. pp. 83-107.
- Thévenot L. 1995. « Emotions et évaluations dans les coordinations publiques ». In. Paperman P. et Ogien R. (dir.). *La couleur des pensées. Sentiments, émotions, intentions*. Raisons Pratiques n°6. Paris. Editions de l'EHESS. pp. 145-174.
- Tinland A., Loubière S., Mougeot F. et al. 2022. « Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness. A Randomized Clinical Trial ». *JAMA Psychiatry*. Vol. 79. n°8. pp. 752-759.
- Troisoeufs A. 2012. *Le passage en acte : du malade mental à la personne liminaire. Anthropologie des associations d'usagers de la psychiatrie*. Thèse d'anthropologie. Université Paris V René Descartes.
- Troisoeufs A. et Eyraud B. 2015. « Psychiatrisés en lutte, usagers, Gemeurs, ... : une cartographie des différentes formes de participation ». *Rhizome*. Vol. 58. n°4. pp. 3-4.
- Velpry L. 2010. « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie ». *Journal français de psychiatrie*. Vol. 38. n°3. pp. 16-18.
- Velpry L. 2016. « « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles ». *Sociétés contemporaines*. Vol. 103. n°3. pp. 65-90.
- Velpry L. et Eyraud B. 2018. « Contrainte et consentement en psychiatrie ». In. Coutant I. et Wang S. (dir.). *Santé mentale et souffrance psychique : un objet pour les sciences sociales*. Paris. CNRS Editions. pp.165-183.
- Wallerstein N. et Duran B. 2010. « Community-based participatory research contributions to intervention research: the intersection of science and practice to improve health equity ». *American journal of public health*. Vol. 100. Suppl 1. pp. 40-46.
- Weller J-M. 2018. *Fabriquer des actes d'Etat. Une ethnographie du travail bureaucratique*. Paris. Economica.
- Winance M. 2004. « Handicap et normalisation. Analyse des transformations du rapport à la norme dans les institutions et les interactions ». *Politix*. Vol. 66. n°2. pp. 201-227.

# Annexes

## 1) Modèle de notification des droits proposé par l'APHP de Paris en 2017.

MODELE 31  
Septembre 2017



Hôpital

**Notification à un patient de la décision de lui imposer des soins psychiatriques  
ainsi que de ses droits, garanties et voies de recours  
(article L. 3211-3 CSP)  
(SDT, SPI, SDRE ou SDJ)**

**Soins psychiatriques sans consentement :**

- à la demande d'un tiers
- en cas de péril imminent
- à la demande d'un tiers en urgence
- sur décision du représentant de l'Etat
- sur décision judiciaire

Mme/ M

En raison de votre état de santé, il a été décidé de vous soigner contre votre gré pour troubles psychiatriques. L'équipe hospitalière vous en a expliqué les raisons médicales et un échange a eu lieu, vous permettant de faire valoir vos observations.

### 1. VOTRE SITUATION JURIDIQUE :

Il s'agit d'une décision :  initiale d'admission  
 de maintien  
 de modification de la forme de prise en charge

émanant :

- du directeur de , prise à la demande d'un tiers<sup>1</sup>
- du directeur de  constatant une situation de péril imminent
- du directeur de , prise en urgence à la demande d'une personne de votre connaissance qui l'a sollicitée, dans votre intérêt
- du préfet du département (ou de son représentant)
- du maire de
- d'une juridiction pénale

Un certificat médical, établi le  par le Dr. , atteste en effet que les troubles mentaux que vous présentez rendent nécessaires :

- des soins immédiats, assortis d'une surveillance médicale constante, sous forme d'une hospitalisation complète (à temps complet) ou
- votre prise en charge sous la forme d'un programme de soins

C'est pourquoi ces soins vous sont imposés, selon des modalités qui vont restreindre certaines de vos libertés individuelles.

La décision fixant votre situation juridique pendant ces soins :

- est jointe à la présente notification
- vous sera transmise dans les meilleurs délais.

*Le cas échéant :*

Nous avons bien pris note que vous bénéficiez d'une mesure de tutelle et que votre tuteur est : (nom, prénom, adresse, téléphone)

<sup>1</sup> Le tiers est, au sens de la loi, un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

## 2. VOS DROITS :

Dans ces circonstances, il est important que vous connaissiez vos droits. Vous avez notamment la possibilité de :

- communiquer avec le préfet du département (ou son représentant), avec le président du Tribunal de grande instance (ou son délégué), avec le procureur de la République, avec le maire de [ ] (commune sur le territoire de laquelle est implanté l'hôpital) (ou son représentant).
- saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la Commission des usagers (CDU) de l'hôpital ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat de votre choix ;
- émettre ou recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'hôpital et recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- exercer votre droit de vote ;
- avoir les activités religieuses ou philosophiques de votre choix.

## 3. VOS GARANTIES ET VOIES DE RECOURS :

Il vous est possible, à tout moment, de contester la régularité et le bien fondé de cette décision :

- devant le juge des libertés et de la détention du Tribunal de grande instance de [ ]
- si vous êtes hospitalisé à temps complet du fait de cette décision, à l'occasion du contrôle systématique qui en sera obligatoirement effectué par un juge des libertés et de la détention, selon le cas sur l'initiative du directeur de l'hôpital ou sur celle du préfet du département ou de son représentant. En application de la loi, votre prise en charge ne pourra en effet se poursuivre en hospitalisation complète (à temps complet), contre votre gré, sans que ce juge n'ait statué sur la décision de soins qui vous est imposée dans un délai de 12 jours en cas d'admission initiale ou ultérieurement tous les 6 mois.

***D'une manière générale, pour préciser tant les modalités de votre séjour et de vos soins que vos droits, vos garanties et vos voies de recours, le personnel de l'hôpital est à votre disposition, chacun pouvant vous renseigner dans le domaine de ses compétences. Il pourra vous indiquer, si vous en faites la demande, de quelle façon vous pouvez exercer vos voies de recours, en vous précisant les coordonnées des personnes et services concernés et les procédures.***

Il vous est possible de mentionner ici librement vos observations, si vous le souhaitez (ou sur une feuille blanche attachée à la présente notification) :

<p>A <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Je soussigné (agent, qualité) atteste</p> <p><input type="checkbox"/> avoir notifié à M./Mme <input type="text"/> la présente décision,</p> <p><input type="checkbox"/> l'avoir informé de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours (une brochure lui a été remise)</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie du présent document</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie de la décision.</p>	<p>Signature de l'agent ayant notifié ses droits au patient</p> <p><input type="text"/></p> <p>Signature du patient attestant avoir pris connaissance de sa situation et de ses droits</p> <p><input type="text"/></p>
---	--

<p><b>Le cas échéant :</b></p> <p><input type="checkbox"/> M./Mme <input type="text"/> A refusé de signer la présente notification que nous lui avons remise en mains propres.</p> <p>Une copie de la décision a été remise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> M. /Mme <input type="text"/> n'a pas souhaité se voir remettre ces documents (décision, notification, brochure « droits des patients »)</p>	<p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Le cas échéant :</b></p> <p>A <input type="text"/> le <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> L'état du patient ne lui permet pas de prendre connaissance et de recevoir en mains propres la présente notification, ce qui sera effectué dès que son état le permettra</p>	<p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p>
<p><b>Lorsque l'état du patient le permet :</b></p> <p>A <input type="text"/> le <input type="text"/></p> <p>Je soussigné (agent, qualité) atteste</p> <p><input type="checkbox"/> avoir notifié à Mme/M <input type="text"/> la présente décision,</p> <p><input type="checkbox"/> l'avoir informé de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours (une brochure lui a été remise)</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie du présent document</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie de la décision.</p>	<p>Signature de l'agent ayant notifié ses droits au patient</p> <p><input type="text"/></p> <p>Signature du patient attestant avoir pris connaissance de sa situation et de ses droits</p> <p><input type="text"/></p>

## 2) Entretiens et Focus Groups

**Tableau 1.** Entretiens réalisés auprès de personnes concernées, proches et pair-aidants. n=10.

Prénom (pseudonyme)	Statut	Période	Durée
Arthur	Pair-aidant	Août 2023	01 :37 :13
Fiona	Pair-aidant	Août 2023	02 :06 :23
Gladys	Pair-aidant	Août 2023	01 :37 :53
Arthur	Pair-aidant	Septembre 2023	01 :19 :58
Esther	Pair-aidant	Octobre 2023	01 :50 :37
Yohan	Proche-aidant	Janvier 2024	01 :38 :45
Zoé	Proche-aidant	Avril 2024	01 :23 :50
Benoit	Personne Concernée	Avril 2024	01 :42 :04
Diane	Personne Concernée	Avril 2024	03 :15 :31
Christophe	Proche et pair-aidant	Avril 2024	01 :13 :06

**Tableau 2.** Entretiens réalisés auprès de juristes. n=10.

Prénom (pseudonyme)	Statut	Période	Durée
Patricia	Membre commission d'utilisateur.s	Août 2023	01 :52 :57
Sabine	Responsable associative	Août 2023	01 :51 :34
Tiphaine	Magistrate	Septembre 2023	02 :18 :35
Alice	Avocate	Septembre 2023	02 :19 :01
Xavier	Avocat	Septembre 2023	02 :02 :40
Rachel	Magistrate	Octobre 2023	02 :02 :39
Charlotte	Avocate	Décembre 2023	01 :42 :40
Ulysse	Avocat	Décembre 2023	00 :41 :30
Ulysse	Avocat	Janvier 2024	00 :44 :09
Vivianne	Avocate	Février 2024	01 :02 :51

**Tableau 3.** Entretiens réalisés auprès de professionnel.le.s de santé. n=19.

Prénom (pseudonyme)	Statut	Période	Durée
Antoine	Psychiatre	Juillet 2023	1 :19 :23
Christian	Psychiatre	Septembre 2023	00 :26 :50
Antoine	Psychiatre	Septembre 2023	1 :00 :24
Béatrice	Cadre de santé	Octobre 2023	01 :27 :48
Catherine	Cadre de santé	Octobre 2023	01 :10 :40
Denise	Psychiatre	Octobre 2023	01 :21 :59
Elise	Secrétaire	Octobre 2023	00 :41 :30
Hélène	Cadre de santé	Octobre 2023	01 :17 :57
Josianne	Psychiatre	Octobre 2023	01 :35 :09
Laurine	Infirmière	Octobre 2023	01 :55 :06
Pauline	Psychiatre	Octobre 2023	02 :07 :13
Olivia	Cadre de santé	Octobre 2023	01 :02 :15
Olivier	Psychiatre	Octobre 2023	00 :52 :58
Fabienne	Psychiatre	Novembre 2024	01 :45 :07
Giselle	Cadre de santé	Novembre 2024	01 :25 :13
Isabelle	Psychiatre	Novembre 2024	01 :04 :06
Katia	Psychiatre	Novembre 2024	00 :47 :29
Henri	Psychiatre	Novembre 2024	00 :45 :05
Gabriel	Psychiatre	Novembre 2024	00 :44 :19

**Tableau 4.** Focus Groups. n=4.

Types	Animation	Participant.e.s	Période et durée
<b>Focus Group</b> « Soignant.e.s »	Jean Bienaimé (Labo-SM-SHS)	Fabienne (Psychiatre)	Mars 2024
	Paul-Loup Weil-Dubuq (Espace Ethique d'Ile-de-France)	Denise (Psychiatre)	02 :53 :18
	Emmanuelle Jouet (Labo SM-SHS)	Laurine (Infirmière)	
	Anne-Sarah Kertudo (Droit Pluriel)	Isabelle (Psychiatre)	
	Marion (Droit Pluriel)	Bertrand (Psychiatre)	
<b>Focus Group</b> « Juristes »	Jean Bienaimé (Labo-SM-SHS)	Rachel (Magistrate)	Avril 2024
	Paul-Loup Weil-Dubuq (Espace Ethique d'Ile-de-France)	Alice (Avocate)	02 :31 :01
	Emmanuelle Jouet (Labo SM-SHS)	Vivianne (Avocate)	
	Faustine Lalles (Droit Pluriel)	Sabine (Responsable associative)	
	Patrice Dubosc (Espace Ethique d'Ile-de-France)		

<b>Focus Group</b> « Usager.ère.s »	Jean Bienaimé (Labo-SM-SHS)	Yohan (Proche-aidant)	Juin 2024
	Paul-Loup Weil-Dubuq (Espace Ethique d'Ile-de-France)	Fiona (Pair-Aidante)	02 :40 :57
	Aurélien Troisoefus (Labo SM-SHS)	Esther (Personne concernée)	
	Anne-Sarah Kertudo (Droit Pluriel)	Diane (Personne Concernée)	
	Patrice Dubosq (Espace Ethique d'Ile-de-France)	Benoît (Personne concernée)	
<b>Focus Group</b> « Mixte »	Jean Bienaimé (Labo-SM-SHS)	Olivia (Cadre de santé)	Septembre 2024
	Paul-Loup Weil-Dubuq (Espace Ethique d'Ile-de-France)	Fiona (Pair-aidante)	02 :37 :46
	Aurélien Troisoefus (Labo SM-SHS)	Xavier (Avocat)	
	Anne-Sarah Kertudo (Droit Pluriel)	Benoît (Personne Concernée)	
		Christophe (Pair-Proche-Aidant)	
Tiphaine (Magistrate)			
	Catherine (Cadre de santé)		

