

DÉMOCRATIE SANITAIRE À NEW YORK : LA PARTICIPATION DANS LE CONTRÔLE JUDICIAIRE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Tonya Tartour et Alexander Barnard

De Boeck Supérieur | « Participations »

2018/3 N° 22 | pages 83 à 107

ISSN 2034-7650

ISBN 9782807391994

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-participations-2018-3-page-83.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Démocratie sanitaire à New York : la participation dans le contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement

› Tonya Tartour, Alexander Barnard¹

› Résumé

Les préceptes de la démocratie sanitaire sont-ils conciliables avec des soins non consentis ? Nous étudions dans cet article les modalités de participation des patients psychiatriques pris en charge sans leur consentement dans l'État de New York, à travers un examen du travail des avocats spécialisés dans leur défense, et à partir d'un matériau empirique que constitue l'observation de plus de deux cents audiences de contrôle judiciaire des mesures de soins obligatoires. Nous montrons qu'à travers des négociations avec les équipes soignantes avant les audiences et certaines stratégies de défense au cours de l'audience, ces avocats réconcilient parfois la participation du patient dans la procédure judiciaire et sa participation dans les soins, même contraints. En revanche, dans les cas où le patient refuse les soins, l'unique possibilité de victoire sera la sortie des soins. Cet article montre les tensions et les difficultés à faire exister à la fois la participation à son parcours de soins et de justice.

[1] Cet article a bénéficié des relectures attentives d'Anne Moyal, Olivier Pilmis et Étienne Nouguez, dans le cadre du séminaire doctoral article animé par Jérôme Aust au CSO. Qu'ils en soient ici sincèrement remerciés.

La démocratie sanitaire incite à la recherche de l'engagement de l'usager dans son parcours de soins et de santé, faisant apparaître ainsi la valorisation de la passivité du patient comme dépassée (Epstein, 1996 ; Rabeharisoa, Callon, 2004 ; Dudley, Silove, Gale, 2012). Malgré l'importance de cet impératif participatif dans les politiques publiques de nombreux pays et dans les normes internationales, les recherches ont souvent constaté un « décalage entre les orientations politiques affichées et la réalité des pratiques » (Bouquet, Jaeger, 2017, p. 10). Ces analyses laissent une zone d'ombre quant aux conditions de possibilité de la démocratie sanitaire : exercer son droit – voire son devoir – à être acteur de son parcours de soins signifie-t-il que l'usager est autorisé à refuser les soins ?

Cette contradiction apparaît particulièrement nette dans le champ psychiatrique. L'arrivée du discours de « *recovery* » – qui considère la participation active du patient psychiatrique dans les soins comme un facteur clé de son rétablissement – émerge en parallèle d'une augmentation constante du recours à des mesures de contrainte, outrepassant alors le refus souvent explicite du patient (Robbins *et al.*, 2006 ; Swartz *et al.*, 2006 ; Lovell, Rhodes, 2014). Si les patients psychiatriques obtiennent aux États-Unis de nouveaux droits depuis les années 1960, ceux-ci ne semblent pas tout à fait respecter les préceptes du paradigme de démocratie sanitaire et les législations qui insistent sur le « consentement éclairé » nécessaire à toute prise en charge médicale.

Dans cet article, nous étudions l'opposition entre « participation sanitaire » (s'engager dans les soins) et « participation judiciaire » (faire valoir ses droits), qui semblent parfois irréconciliables. Dans quelles conditions peut-on s'engager dans son parcours de soins tout en veillant à faire respecter ses droits ? Est-ce toujours possible dans un contexte où les soins sont imposés d'autorité ?

Nous nous intéressons au contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement dans le système de santé mentale new-yorkais, comme lieu de confrontation potentielle de ces deux modes de participation, sanitaire et judiciaire. Le code qui encadre les procédures de soins forcés, le *New York Mental Hygiene Law*, prévoit depuis 1964, pour chaque patient hospitalisé contre son gré, qu'il puisse rencontrer un juge pour contester l'enfermement (article 9.31), accompagné et représenté par un avocat spécialisé dans ce contentieux. Les cours d'appel ont par la suite établi un droit au refus des médicaments lors de l'hospitalisation². Pour permettre l'application de la loi et donc l'accès aux droits pour les patients, ces derniers sont accompagnés par des avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS, service juridique aux personnes atteintes de maladie mentale), une agence de l'État de New York, indépendante du système sanitaire, qui accompagne, assiste et représente les personnes en perte d'autonomie mentale ou psychique dans des situations de contraintes légales. La place

[2] Référence du cas de jurisprudence : *Rivers v. Katz* 495 N.E.2d 337-1986.

centrale de cette agence dans le dispositif judiciaire nous conduit à faire de ses avocats les acteurs majeurs de notre enquête.

La littérature sociologique a identifié plusieurs difficultés dans la représentation judiciaire des personnes atteintes de maladies mentales (Warren, 1982 ; Appelbaum, 1994 ; Morris, 2009). Les représentations sociales de la maladie mentale sont un facteur décisif causant la stigmatisation des personnes représentées. Il en va de même du manque de connaissance du monde psychiatrique chez les avocats qui tend à créer une dichotomie entre ce que les clients demandent et ce que les avocats pensent être dans leur intérêt. Les services juridictionnels dédiés seraient l'un des ressorts essentiels, bien que non suffisants, d'un dispositif respectueux de la procédure et des droits des patients. Le MHLS à New York dont l'objectif est de « veiller à ce que les libertés de ses clients ne soient pas limitées dans une mesure plus grande que ce qui est absolument nécessaire pour leur protection et la protection des autres » (Shea, 2012, p. 37)³ est réputé exemplaire de ce point de vue (Kumasaka, Gupta, 1972 ; Hiday, 1983 ; Decker, 1987).

Il faut alors prendre au sérieux le rôle de garant des droits occupé par l'avocat du MHLS dans notre étude, puisqu'il est le premier relais de la participation effective des patients-justiciables aux décisions les concernant. Notre enquête examine un cas exemplaire, dans la mesure où il s'agit d'un lieu où le conflit entre la participation sanitaire et la participation judiciaire apparaît de manière particulièrement visible et explicite. Ici, les obstacles à ces deux modes de participation apparaissent de manière évidente à l'observateur : la présomption d'incapacité à décider pour eux-mêmes, la dangerosité supposée et les relations souvent tendues entre les acteurs.

Notre interrogation concerne les modalités et les effets de la participation et demande d'aller au-delà des simples résultats des jugements rendus par les tribunaux – les jugements étant dans leur très grande majorité favorables aux établissements. La sociologie du droit américaine propose d'analyser la procédure même, en ce qu'elle est productive d'une certaine subjectivité (Garfinkel, 1956 ; Feeley, 1979 ; Kohler-Haassman, 2013). Dans les procédures que nous analysons, le juge et l'hôpital s'efforcent de produire un sujet capable de participer dans les soins – suivant les principes de la démocratie sanitaire –, mais sans la valorisation de ses droits civils.

Notre article repose sur une enquête ethnographique de trois mois, menée par les auteurs à New York à la fin de l'année 2016. Les deux enquêteurs ont observé 206 audiences judiciaires dans cinq hôpitaux de la ville pour demande de mainlevée (*Retention and Release*), administration forcée de traitement

[3] Toutes les traductions de l'anglais au français sont effectuées par les auteurs, sauf mention contraire.

(*Treatment Over Objection*) et soins ambulatoires sans consentement (*Assisted Outpatient Treatment*)⁴ (voir encadré 1 sur les recours au juge). Nous avons privilégié l'observation directe de ces audiences, pour saisir les stratégies orales des acteurs présents (patient, avocats, psychiatre, juge), capitales dans le processus judiciaire américain⁵ – au contraire de la situation française, où les certificats rédigés et les décisions écrites sont primordiaux⁶. Les verbatims recueillis permettront d'analyser les interactions dans la salle d'audience, dont le format standardisé facilitait une prise de notes quasi-exhaustive des paroles échangées. Cela permet de déceler l'élasticité de certains arguments ainsi que la récurrence d'autres, notamment les éléments médico-sociographiques qui ont donné lieu à un recueil de données systématique (âge, diagnostic, genre, origine ethnique, lieu d'habitation, raison d'hospitalisation, issue du jugement). Des entretiens formels (individuels et collectifs) ont été également menés auprès d'une dizaine d'avocats spécialisés ainsi que de trois juges. Sept psychiatres hospitaliers qui témoignent dans ces procédures ont été rencontrés lors d'entretiens formels. Les observations ont enfin été le lieu de courts entretiens informels avec les avocats du MHLS, souvent pour expliciter et commenter le déroulement et le résultat des audiences précédentes.

Nous verrons dans une première partie que le dispositif judiciaire, dont les avocats du MHLS constituent le pivot, est bien plus complexe et multi-situé que le seul moment de l'audience. En amont de celle-ci et pour l'éviter puisqu'elle présente un risque élevé de défaite pour le patient, les avocats procèdent à une négociation avec l'équipe soignante pour faire entendre la voix de leur client. Dans un deuxième temps, nous entrerons dans la salle d'audience pour observer les stratégies d'instrumentalisation et d'invisibilisation de la participation de leur client mises en place par les avocats pour les défendre de manière efficace. Ces stratégies aboutissent parfois à une réconciliation partielle entre la participation judiciaire et sanitaire. Enfin, nous analyserons les échanges pendant l'audience comme une cérémonie de dégradation du patient-justiciable, dont le processus de stigmatisation peut parfois et d'une manière paradoxale se révéler

[4] Un dispositif de soins ambulatoires obligatoires approuvés par un juge (*Assisted Outpatient Treatment*, AOT, article 9.60, dont le dispositif français le plus proche serait le programme de soins) a enfin été ajouté par voie législative.

[5] Sébastien Saetta, François Sicot et Tristan Renard observent de la même manière que dans le cas des jugements d'assises, l'oralité des débats est essentielle, alors que « les rapports écrits des experts ne prennent qu'une place limitée dans la dynamique du jugement en train de se faire » (Saetta *et al.*, 2010, p. 648).

[6] Il s'agit ici d'une différence bien connue des systèmes judiciaires français et américain, comme le seront différents éléments pointés dans notre étude dans la suite de l'article. Nous attirons l'attention du lecteur sur la problématique de l'article, la participation dans le processus judiciaire et sanitaire des personnes prises en charge en psychiatrie sans consentement dans l'État de New York, qui ne laisse pas la place à une discussion approfondie sur les différences entre les juridictions française et américaine. Le recours à de minces éclairages comparatifs nous paraît cependant opportun.

positif pour le patient qui voit sa demande accordée. Néanmoins, dans ces cas, les deux modes de participation se révèlent totalement opposés.

Encadré 1. Les recours au juge dans le code de la santé mentale de l'État de New York

Retention and Release : Un patient hospitalisé en psychiatrie sans consentement peut saisir le juge à tout moment pour demander une levée des soins (en moyenne, les audiences observées avaient lieu 15 jours après l'admission). Si l'hôpital veut garder un patient pour plus de 60 jours (ce qui est relativement rare, puisque la durée moyenne de séjour à New York n'atteint que 18 jours⁷), l'accord d'un juge, et donc la tenue d'une audience, sont obligatoires.

Treatment Over Objection : D'une manière jamais formalisée dans le code de la santé mentale de New York, les cours d'appel ont établi un droit à refuser le traitement, même lors d'une hospitalisation forcée. Dans ce cas, l'hôpital doit saisir le juge et montrer que le patient n'a pas la « capacité » de prendre une « décision raisonnée » sur son traitement. D'autres conditions doivent aussi être réunies : le médecin a proposé le traitement plusieurs fois avant de saisir le juge et les « bénéfices » attendus du traitement doivent l'emporter sur les effets indésirables. Dans le cas fréquent où un patient conteste l'enfermement et refuse la médication, le juge est saisi une fois et statue lors d'une même audience. Ces audiences ont lieu en moyenne 20 jours après l'hospitalisation.

Assisted Outpatient Treatment : En 1999, la législature de l'État de New York a autorisé les soins sous contrainte en ambulatoire. Sont susceptibles d'entrer dans un programme AOT les patients ayant été hospitalisés deux fois ou ayant commis un acte violent grave dans les 36 derniers mois, dans un contexte de rupture des soins. Sur recommandation d'un psychiatre assesseur, le juge peut décider de signer une ordonnance astreignant le patient à respecter un programme de soins pouvant contenir des consultations en ambulatoire, des dépistages de drogues et une prise régulière de traitements médicamenteux. En cas de non-respect du programme de soins, le patient est conduit aux urgences, sans que son consentement soit nécessaire, pour procéder à une évaluation de son état, et le cas échéant, être réhospitalisé (Behnke, Perlin, Bernstein, 2004).

[7] Department of Health and Mental Hygiene, 2016, *Adult Psychiatric Hospitalizations in New York City*, New York (NY).

L'avocat comme garant de la démocratie sanitaire

Les avocats du MHLS : un engagement par le droit

Initialement, le Mental Hygiene Information Service avait un double rôle : informer les patients sur leurs (nouveaux) droits, et notifier aux tribunaux l'état et la situation sociale de ces justiciables. Un rapport de l'État de New York publié en 1980 pointe la montée en puissance de nouveaux droits civils ainsi que le caractère contradictoire de ces deux fonctions⁸, donnant lieu six ans plus tard, à un changement de nom de l'agence qui devient le Mental Hygiene Legal Service. Un avocat qui a vécu le changement explique : « Auparavant, nous étions le Mental Hygiene Information Service, et nous donnions effectivement de l'information ; on était presque des auxiliaires de justice [au service du tribunal]. Il a fallu attendre que l'on change de nom pour endosser ce rôle plus adversarial » [extrait d'entretien, avocat MHLS, 30 novembre 2016]. À l'origine, seuls six membres de l'organisation étaient avocats, pour trente-six « *information workers* » sans aucune formation juridique ; aujourd'hui, presque tous les membres sont avocats. Le MHLS est spécialisé dans la défense des personnes en situation de vulnérabilité psychique. Les différents volets de leur activité concernent les mesures de protection (*guardianship*), les personnes condamnées pour des agressions sexuelles lorsqu'il y a présomption de maladie mentale, le respect des droits à l'intérieur des lieux de privation de liberté comme les hôpitaux et les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap mental ou psychique, et enfin les soins sans consentement en psychiatrie qui constituent la partie la plus importante de leur travail en nombre d'heures et de cas à traiter.

Leur spécialisation pose la question de la spécificité du travail auprès de clients atteints d'une maladie mentale. Cette particularité engage-t-elle des différences dans l'exercice du métier ? Lors des entretiens, les avocats interrogés affirment faire leur travail de la même manière avec les clients atteints de troubles mentaux qu'avec les autres : ce qui compte, c'est défendre la position déterminée par le client.



« Finalement, c'est le docteur qui est là pour veiller à l'intérêt supérieur [*best interest*] des personnes. Pas l'avocat » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 26 octobre 2016).



« Nous représentons les intérêts de notre client selon ses volontés, pas ce que nous, ou quelqu'un d'autre, pensons être dans leur intérêt. C'est à ça que nous devons nous consacrer. Même si c'est quelqu'un qui est dans un épisode psychotique, totalement délirant, et qu'il peut être difficile de connaître sa préférence ou

[8] The State Commission on Quality of Care for the Mentally Disabled, 1980, *Strengthening Patient Advocacy: A Review of the Mental Health Information Service*, Albany (NY).

bien ce peut être fluctuant, mais c'est avec ça que nous travaillons. C'est vrai, parfois, nous savons que c'est un cas désespéré, mais nous le défendrons quand même » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 26 septembre 2016).

Dans certaines situations, ils affirment être pourtant, personnellement, en désaccord avec la volonté de leur client :



« Sur le plan humain, c'est difficile de voir un client qui détruit sa vie, ses relations familiales, il a dépensé son argent, il a ruiné sa carrière, et vous plaidez pour qu'ils sortent et qu'ils détruisent leurs vies encore. Vous pouvez voir, tout le monde peut voir qu'ils ont besoin de traitement. Mais nous devons faire ce que le client a demandé » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 30 novembre 2016)

L'avocat ne se substitue pas à son client, mais cherche à faire valoir le point de vue de la personne concernée en opérant une translation d'un registre de parole vers un autre, celui du droit, mais sans modifier le fond de la demande.

Cette posture n'est pas uniquement déontologique ou professionnelle, mais est vécue comme une position engagée voire militante face à des juges et des psychiatres qui remettent souvent en question les capacités des personnes atteintes de maladie mentale et ont l'habitude de prendre des décisions les concernant. Cet engagement est le résultat de propriétés sociales et de parcours professionnels spécifiques à ces avocats spécialisés. Après avoir été reçus au concours du barreau de l'État de New York, ces avocats diplômés n'ont pas de formation sur la question de la vulnérabilité psychique. Ils ont développé un intérêt pour ce public au cours d'une socialisation familiale ou professionnelle avant leur recrutement au MHLS. La plupart travaillent depuis longtemps sur des questions sociales :



« Avant j'étais défenseur public (ou médiateur), j'étais en binôme avec un travailleur social. Pour une grande partie de cette population, le problème principal ou l'obstacle, c'était les soins de santé mentale ou un problème de santé mentale. Ça a donc été une transition assez naturelle de travailler sur les soins sans consentement au sein du MHLS » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 26 septembre 2016).

Ils valorisent leur secteur d'exercice, plutôt déprécié dans leur champ professionnel, comme un « travail invisible pour une population invisible » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 26 septembre 2016). À partir de cet engagement précoce auprès de cette population vulnérable, ces avocats affinent leurs connaissances sur les maladies psychiatriques, les modes de traitement, les médicaments et leurs effets par des dispositifs de formation continue et souvent en autodidacte. Ils lisent des revues scientifiques et discutent avec les équipes

soignantes en marge des audiences pour améliorer leurs savoirs sur les pratiques médicales et l'état de la recherche en psychiatrie.

De leur point de vue, leur rôle n'est pas seulement d'aider les clients à participer dans les procédures judiciaires qui les concernent ; ils insistent aussi sur la participation du patient dans son propre traitement et son parcours de soins, même s'il est pris en charge sans son consentement, nous le verrons dans la section suivante.

Éviter la tenue de l'audience : le travail « invisible » des avocats pour négocier la contrainte

Le modèle new-yorkais aboutit finalement à peu d'audiences judiciaires : moins de 15 % des hospitalisations sans consentement font l'objet d'une saisine judiciaire (Shea, 2012)⁹. Ce chiffre ne diminue en rien le rôle de l'avocat MHLS dans le dispositif, bien au contraire. Les audiences judiciaires sont une constitution du contentieux dont l'objet n'a pas trouvé de résolution en dehors des tribunaux par la procédure « normale ». De plus, l'intervention du juge dans la résolution du conflit ouvre l'horizon d'un dénouement défavorable au patient : « Les négociations sont une chance de gagner. Les audiences sont le dernier recours » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 30 octobre 2016). Dans notre échantillon, les juges ont ordonné la médication forcée dans 94 % des cas et autorisé la poursuite de l'hospitalisation dans 88 % des audiences (ces chiffres sont cohérents avec les études quantitatives de plus grande ampleur, voir Bursztajn *et al.*, 1986 ; Appelbaum, 1994 ; Player, 2015).

Au-delà et bien avant leur rôle de représentation lors des audiences devant le juge, les avocats font un travail, bien que moins visible pour les observateurs d'audience que nous étions, tout aussi crucial pour l'accès aux droits des personnes hospitalisées. À chaque admission sous contrainte, l'hôpital est tenu de contacter la permanence afin qu'un avocat se présente auprès du patient – ce qui est rendu possible par l'aménagement de bureaux pour les avocats du MHLS au sein même de l'établissement. Les avocats jouissent d'un accès sans entrave aux unités psychiatriques et aux dossiers médicaux – sans obligation de prévenir les médecins en amont de leurs visites. Cette coprésence sur les lieux de soins permet aux avocats d'effectuer un travail de négociation tout au long de l'internement sur les conditions de celui-ci, concernant

[9] En France, la saisine du juge est dite « automatique » au douzième jour d'hospitalisation (loi du 5 juillet 2011 et ses modifications du 27 septembre 2013). Si les chiffres disponibles ne nous permettent pas de savoir quelle proportion d'admissions en hospitalisation sans consentement aboutit à une audience judiciaire, on sait que la moitié environ des hospitalisations en soins à la demande d'un tiers et pour péril imminent (qui représentent à elles deux environ 75 % des hospitalisations sans consentement) se poursuivent au-delà de 12 jours, ce qui signifie qu'elles sont contrôlées par le juge des libertés et de la détention (Coldefy, Fernandes, 2017).

notamment la prise de médicament, l'organisation de la sortie et les modalités de traitement.



« Nous avons des relations avec les médecins, à l'hôpital. Nos avocats, qui sont là, ça dépend évidemment des avocats et des hôpitaux, en général, ils vont dire des choses au patient et au médecin et négocier un compromis. "Si le patient reste pour encore deux semaines, pensez-vous que ce sera suffisant pour le stabiliser ?" et parfois c'est une solution assez satisfaisante pour le patient et le docteur » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 16 octobre 2016).

Les audiences mobilisent le temps des médecins et les hôpitaux l'évitent tant qu'ils le peuvent. Ainsi, la demande d'audience peut entraîner une levée de la mesure d'hospitalisation : « Avoir votre nom sur le calendrier, c'est souvent suffisant. Les patients veulent de l'attention et quand il y a une audience à venir, ils l'obtiennent. Cela signifie que l'hôpital ne peut plus ignorer leurs demandes » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 13 septembre 2016).

Les avocats suggèrent aux clients une pluralité de moyens pour faire valoir leurs droits et leurs intérêts :



« En fin de compte, nous sommes ici pour essayer d'obtenir ce que le client veut... c'est la loi. Mais je les conseille. Pour A, par exemple, je dis : "Est-ce que vous vous rendez compte que ce programme [de soins forcés en ambulatoire] est la meilleure option pour sortir de l'hôpital ?" Je ne vais pas leur dire que c'est *dans leur intérêt*, mais je vais souligner les conséquences de leurs actions et la manière dont elles seront interprétées à l'audience. Et je suis honnête quant à leurs chances de gagner. La plupart des gens savent qu'ils n'ont aucune chance, et donc ils finissent par *consentir*. Ils en ont marre d'être jugés, d'aller au tribunal » (extrait d'entretien, 12 octobre 2016).

Les médecins psychiatres conservent une autorité importante sur les décisions concernant le patient et il est souvent préférable de suivre la conduite à tenir prescrite par les médecins pour se dégager quelques marges de manœuvre par la suite. Les avocats ont cet impératif en tête et essaient parfois de convaincre leurs clients de prendre leurs médicaments ou de modifier leur comportement afin d'espérer sortir de l'hôpital. La position non soignante des avocats, et plus à l'écoute, non de leurs besoins définis par un tiers, mais de leurs propres envies, leur offre une force de conviction particulière sur le patient :



« Souvent, je peux dire aux clients : "C'est ce que l'hôpital attend de vous : que vous contrôliez votre comportement et que vous adhérez au traitement." On peut l'amener d'une manière à ce

qu'ils comprennent ce que l'hôpital attend d'eux, mais qu'ils ne pensent pas que vous êtes du côté de l'hôpital... Des fois ça marche, et le patient accepte d'essayer le lithium par exemple... » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 30 novembre 2016).

Ils recourent aussi à des arguments non médicaux pour convaincre les patients du bien-fondé du traitement proposé par le médecin :



« Nous n'avons pas à parler de conscience des troubles ou d'acceptation du traitement, c'est pas notre job. Mais on peut leur dire : "Peut-être que vous avez besoin d'un petit peu d'aide. Peu importe ce que ça signifie pour vous 'maladie mentale', c'est pas important, mais si vous ressentez des besoins, on va travailler avec vous." C'est encore plus vrai pour les jeunes patients, après leurs premières crises, je peux leur dire : "Il vous arrive quelque chose, mais peut-être que ce n'est pas ce que le médecin dit..." » (extrait d'entretien, avocat MHLS, 26 septembre 2016).

Ainsi, même lorsqu'ils insistent sur un rapport conflictuel avec l'hôpital, les avocats peuvent inciter leurs clients à participer pour valoriser leurs droits d'une part, mais aussi leur engagement dans les soins.

Il apparaît qu'éviter la survenue de l'audience reste le moyen de défense le plus efficace pour les avocats et leurs clients. La meilleure chance du patient pour garder le contrôle sur ses soins n'est pas de demander l'audience judiciaire, mais d'accepter l'idée que ses droits sont un objet de négociation.

Paroles contraintes : instrumentalisation et invisibilisation de la participation du patient-justiciable

Si les échanges en dehors des tribunaux apparaissent dans le discours de nos enquêtés (avocats et médecins) caractérisés par la collaboration et la négociation, l'audience au contraire est organisée selon un système d'alliances adversaires : il y a d'une part, le couple patient-justiciable et son avocat MHLS qui défend les intérêts déclarés par la personne ; d'autre part, la coalition hospitalière constituée par le psychiatre et l'avocat de l'hôpital. On décrit ici deux stratégies principales d'instrumentalisation de la participation du patient qui apparaissent le plus souvent dans ce contentieux. Lors de l'audience, l'avocat maximise ses chances d'obtenir une mainlevée en instrumentalisant la participation judiciaire du patient-justiciable, en limitant ses prises de parole, et en faisant de l'audience le lieu d'examen de l'expertise médicale plutôt que de l'état mental de la personne.

Encadré 2. Description du déroulé et de la salle d'audience

Les salles d'audience sont un peu différentes d'un établissement à l'autre, mais elles présentent le même principe d'organisation, conformément à une salle d'audience américaine classique. Le juge est derrière un grand bureau, surélevé sur une estrade. À ses côtés, le greffier gère le bon déroulé de l'audience, ce qui passe notamment par le tri des dossiers et le choix de leur ordre de passage. C'est à lui qu'incombe aussi la tâche de vérifier les pièces du dossier et faire signer les documents.

Leur faisant face, les avocats sont installés à une table. Le premier avocat est celui du patient (avocat MHLS), son client se place à ses côtés. Le deuxième avocat est le conseil de l'administration hospitalière (avocat H), il représente les intérêts de l'hôpital (requête d'hospitalisation, de traitement injectable ou les deux).

Dans le coin de la salle, proches de l'estrade du juge et de la place du patient-justiciable, deux policiers de l'hôpital, en tenue, surveillent les éventuelles survenues de violence.

Les avocats s'expriment dos au public, souvent assez nombreux. On y voit des avocats et des médecins qui attendent leur tour, et très souvent des internes ou des étudiants en droit qui viennent observer. Parfois l'entourage d'un patient se déplace ; très rarement, les membres de la famille sont amenés à témoigner. Des soignants sont aussi présents et gèrent le flux des patients.

Les audiences suivent une trame très standardisée. Lorsque tous les acteurs sont en place, le greffier annonce le dossier suivant en nommant le patient. Le médecin prend place, proche du juge, face aux avocats, entendu à la place du témoin dans cette procédure. L'avocat H demande si l'avocat MHLS est d'accord pour « stipuler » que le médecin est « expert en psychiatrie » ; il reçoit invariablement une réponse affirmative.

Ensuite, quand l'avocat H propose de reconnaître la validité de la preuve que constitue le dossier médical du patient, l'avocat du patient oppose systématiquement une objection en « présomption », quasi systématiquement approuvée par le juge. Cela signifie que le médecin ne pourra faire mention que d'informations qu'il aura observées lui-même, et non de ce qu'il aura lu dans le dossier.

Après cette entrée en matière standardisée, commence le moment que l'on identifie comme le contradictoire et qui sera au cœur de notre analyse. Le psychiatre est d'abord interrogé par l'avocat de l'hôpital, qui l'amène à donner le diagnostic du patient et à décrire son comportement dans l'unité, et son rapport au traitement. Puis l'avocat MHLS le questionne. Le médecin quitte la chaise du témoin. À la suite de cet échange entre les avocats et le médecin, le patient est entendu, s'il le souhaite, et dans l'affirmative est questionné par les deux avocats.

Le juge peut ensuite poser des questions au patient, la plupart du temps des demandes de précisions. C'est souvent à ce moment-là que le juge donne aussi des « conseils » au justiciable, notamment en l'avertissant sur l'importance de la prise des traitements prescrits. La décision est le plus souvent rendue immédiatement, à l'oral et en présence du justiciable.

Limiter les prises de parole du client pour mieux défendre ses intérêts

Dans le processus judiciaire, la personne concernée est le plus souvent présente pour interagir avec le juge¹⁰, mais les avocats tentent de limiter et de cadrer ses prises de parole pour mettre l'accent sur leur participation (même lorsqu'elle est résiduelle) dans leur prise en charge.

Le parti hospitalier doit apporter la preuve que les critères légaux pour l'hospitalisation ou la médication forcée sont remplis. La législation new-yorkaise prévoit depuis les années 1960, comme critère principal à l'hospitalisation forcée, celui du « besoin de soin » [*need for care*], adossé au devoir de l'État d'assurer la protection des citoyens « vulnérables » (*parens patriae*). Ainsi l'hospitalisation sans consentement doit remplir deux critères : le patient 1) a une maladie mentale pour laquelle les soins et le traitement en hospitalisation complète sont essentiels à son bien-être [*welfare*], et 2) présente des facultés de jugement affaiblies qui l'empêchent de comprendre la nécessité de tels soins. Une décision de la Cour suprême de New York a ensuite ajouté un critère important : « Un patient ne peut être retenu involontairement à moins que l'État n'ait établi, par des preuves claires et convaincantes [*by clear and convincing evidence*], qu'il constitue une menace substantielle de préjudice physique pour lui-même ou pour autrui. »¹¹

Dans l'illustration empirique qui va suivre, les psychiatres mettent en scène les symptômes du patient en citant ses propos incohérents, sans donner les preuves légalement nécessaires (notamment concernant le critère de dangerosité) à la poursuite de l'hospitalisation. Lorsque c'est le cas, l'avocat de l'hôpital vient en soutien du médecin, essayant par l'exercice du contradictoire de susciter un raisonnement insensé chez le patient, afin de donner à voir le comportement psychotique :



« Avocat H : Pourquoi êtes-vous venue à l'hôpital ?

— Patiente-justiciable : Euh... parce qu'ils m'ont amenée ici.

— Avocat H : Mais pourquoi ont-ils fait cela ?

[10] Il est très rare qu'un patient ne soit pas présent lors de son audience, et les avocats affirment mettre un point d'honneur à ce que les patients assistent à leur audience et à leur défense : « On a tous, de temps en temps, affaire à un médecin qui dit : "Cette personne est malade mentale et ne peut pas participer à l'audience" et on leur répond : "Eh bien, c'est la raison pour laquelle nous faisons cela, pour voir si c'est vraiment vrai." En général, quand même, quand ils veulent venir à leur audience, le médecin ne peut pas les arrêter » (extrait d'entretien, 12 octobre 2016). Les « contre-indications pour raison médicale » sont très rares et lorsqu'il arrive que le patient ne soit pas présent pour l'audience, la situation est expliquée par l'avocat par le refus du client à se présenter au juge. Ainsi, la *décision de ne pas participer* est explicitée par l'avocat comme une modalité concrète de son implication dans le processus de soin et de justice.

[11] Référence du cas portant jurisprudence : *In Matter of Harry M.*, 568 N.Y.S.2d. 359 App. Div. 2nd Dep't 1983.

- Patiente-justiciable : Je ne sais pas, j'étais dans des douches publiques...
- Avocat H : Mais à votre avis pourquoi pensaient-ils que vous deviez être ici ?
- Patiente-justiciable : Pourquoi vous ne leur demandez pas directement ? Je m'occupais de mes propres affaires.
- Avocat H : Eh bien, c'est que ça n'arrive pas à tout le monde de se retrouver dans un hôpital psychiatrique » (extrait d'observation, 18 octobre 2016).

Sous la pression, la patiente devient de plus en plus hostile, et le juge qui semblait initialement favorable à sa libération finit par autoriser la poursuite de l'hospitalisation ainsi que le traitement forcé. Ici, l'avocat de l'hôpital joue sur les « attentes » et « stigmates » envers les personnes atteintes de maladies mentales (voir partie *infra*), une corrélation étant spontanément admise entre « comportement bizarre » et « dangerosité » par les acteurs sociaux (Lacaze, 2008 ; Pescosolido *et al.*, 2013).

La Constitution américaine reconnaît au citoyen le droit de ne pas témoigner en sa propre défaveur. Dans ce contexte, cela signifie que l'avocat de l'hôpital n'est pas autorisé à interroger le patient, tant que l'avocat du MHLS ne l'a pas explicitement appelé à s'exprimer. Pour les membres du MHLS, une représentation efficace implique souvent de reconnaître l'incompétence des clients à se défendre seuls. La littérature juridique précise que « en décidant si le client doit intervenir [*take the stand*] ou non, l'avocat doit considérer la probabilité élevée qu'une défense réussie exige que le patient donne une impression de contact raisonnable avec la réalité, soit par le témoignage réel ou par le comportement dans la salle d'audience pendant le procès » (Engum, Cueno, 1981, p. 175). Ainsi, les avocats MHLS tendent à exclure leurs clients de la procédure, s'ils estiment que la moindre manifestation verbale pourrait faire perdre de la crédibilité à la défense. La défense des intérêts exprimés passe alors par la diminution voire la dénégaration de la participation verbale au procès.

Si le patient-justiciable s'exprime, cela a souvent été convenu en amont avec son avocat. Les questions alors posées par l'avocat du MHLS appellent des réponses très courtes, souvent « oui » ou « non ». La stratégie utilisée consiste à montrer l'acceptation des soins, dans sa forme la plus minimale, en évitant toute élaboration de sa part sur cette adhésion :



- « Avocat MHLS : Vous voulez sortir de l'hôpital ?
- Patient-justiciable : Oui.
- Avocat MHLS : Est-ce que les médicaments vous conviennent ?
- Patient-justiciable : Oui.
- Avocat MHLS : Et vous allez continuer de les prendre ?
- Patient-justiciable : Oui » (extrait d'observation, 28 septembre 2016).

Dans le cas où les patients sont plus réticents aux soins, l'avocat peut choisir d'insister sur la non-dangérousité du client :

« Avocat MHLS (*les trois questions sont posées au patient successivement, coupant sa réponse*) : Voulez-vous blesser quelqu'un ?

— Patient-justiciable : Non.

— Avocat MHLS : Voulez-vous vous faire du mal ?

— Patient-justiciable : Non.

— Avocat MHLS : Vous retourneriez au foyer [si vous sortez de l'hôpital]¹² ?

— Patient-justiciable : Oui » (extrait d'observation, 13 septembre 2016).

Pour les avocats, il s'agit en fait de minimiser les signes extérieurs de la maladie, le temps de l'audience. Cela permet d'éviter que le patient n'agisse conformément aux représentations sociales de la maladie généralement intériorisées par les acteurs sociaux, et notamment par le juge. Pour arriver aux fins des patients, même si les chances d'aboutissement favorable sont très réduites, les avocats du MHLS ont parfois recours à des techniques de défense plaçant leur client dans une position subordonnée et passive lors du procès. Ce qui pourrait se présenter comme un dilemme est réglé simplement par les avocats du MHLS : faire gagner le client vaut mieux que de le faire participer à l'audience.

L'expertise psychiatrique au banc des accusés : une invisibilisation du patient-justiciable

Si les questions au patient-justiciable sont basiques et cherchent d'abord à montrer sa capacité ou non à répondre logiquement, les arguments pour apprécier la convenance de la demande sont plutôt recherchés du côté du médecin. L'avocat du MHLS et l'avocat de l'hôpital demandent tous deux au psychiatre de justifier son examen de la situation. Ainsi, l'enjeu de l'audience est l'évaluation de l'expertise médicale. L'avocat vérifie si l'indication de soins est cohérente et ainsi que les droits du patient ne sont pas bafoués.

Comme nous l'avons dit plus haut, les avocats du MHLS ont des savoirs acquis sur la psychiatrie par les lectures et leurs discussions fréquentes avec les équipes soignantes. Ils affirment les utiliser lors des audiences pour faire valoir des arguments parfois très techniques sur le bien-fondé de la volonté médicale.

« Enquêteur : Pensez-vous qu'il y a des limites au domaine de l'avocat, en ce qui concerne la médecine ?

[12] Dans certains cas, vivre dans la rue est considéré par le médecin et par le juge comme un risque auto-agressif, voir partie suivante.

— Avocat : [...] Je dirais qu'il n'y a pas de frontière. Je ne pense pas qu'il y ait une limite qui prescrive ce que nous sommes en droit d'attendre des médecins face aux avocats. Nous avons l'obligation de représenter la position de notre client avec zèle et de façon minutieuse » (extrait d'entretien, 16 octobre 2016).

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'une audience pour médication forcée, les médecins présentent une liste exhaustive des différentes molécules qu'ils pourraient prescrire. Dans l'extrait suivant, l'avocate MHLS discute la prescription médicale avec précision : elle insiste sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner la prise d'un régulateur de l'humeur puisque le Zyprexa, un traitement antipsychotique que son client accepte de prendre, remplit déjà cette fonction. Elle remet en cause l'interprétation même des symptômes et la description des troubles faites par le médecin :



« Avocate MHLS : Tous les symptômes que vous décrivez sont ceux d'un trouble de la pensée, et non d'un trouble de l'humeur.

— Psychiatre : J'aimerais tout de même le laisser sur la liste, au cas où... Pour avoir plusieurs alternatives.

— Avocate MHLS : Mais si les symptômes arrivent, vous pouvez toujours revenir devant le juge.

— Psychiatre : Mais cela pourrait se terminer en interruption de traitement.

— Juge (*interrompt l'échange entre l'avocat et le médecin*) : La molécule est-elle nécessaire ?

— Psychiatre : Eh bien. Nous n'allons pas commencer tout de suite...

— Juge : Donc il n'en a pas besoin maintenant ?

— Psychiatre : Eh bien, si nous changeons les médicaments, alors...

(*Le juge retire le thymorégulateur de son ordonnance*) » (extrait d'observation, 2 septembre 2016).

Ici, il n'est pas nécessaire que le patient soit entendu sur cette question ; c'est la cohérence du discours du médecin qui aide d'abord le juge dans sa prise de décision. L'avocate se sert de cet élément pour confondre le médecin, en espérant effectivement faire retirer des médicaments de l'ordonnance du juge, mais sans remettre en cause la qualification de son client comme « malade ».

Dans l'extrait suivant, un homme de 24 ans est hospitalisé depuis cinq jours après avoir agressé sa sœur ; il refuse de parler avec l'équipe soignante et a saisi le juge pour demander la levée des soins en hospitalisation complète. Le médecin décrit le patient comme présentant une symptomatologie psychotique avec des traits paranoïaques. Le psychiatre affirme d'emblée, lors de l'interrogatoire, qu'il est incertain du diagnostic et qu'il souhaite poursuivre l'hospitalisation afin de pouvoir l'affiner.



« Juge : Alors c'est quoi le problème ici ?

— Psychiatre : Nous pensons qu'il s'agit d'un premier épisode psychotique, peut-être lié à la prise de drogue.

— Juge : Avez-vous fait des tests toxicologiques ?

— Psychiatre : Oui, mais nous n'avons trouvé que de la marijuana...

— Juge : Alors pensez-vous qu'un problème *clinique* pourrait expliquer son comportement ?

— Psychiatre : Eh bien, il est très paranoïaque...

— Juge : Et il n'y a rien dans son histoire qui pourrait expliquer cela ?

— Psychiatre : Nous ne savons pas. Il ne nous laisse parler à personne.

— Juge : S'il n'y a pas d'autre explication, alors, la requête [de mainlevée] est refusée » (extrait d'observation, 14 septembre 2016).

Le psychiatre, en confiant ses doutes sur la raison du comportement symptomatique du patient, obtient de garder le patient plus longtemps. Le caractère contradictoire de l'audience est réel, mais l'expertise médicale reste peu mise en doute (Hiday, 1981, 1983 ; Decker, 1987). De plus, ici sont jugés, non seulement les traits pathologiques de la personne et son comportement dit dangereux, mais surtout son refus de participer dans les soins puisqu'il ne parle pas à l'équipe soignante et n'accepte pas non plus qu'elle contacte ses proches. Dans cette situation, la participation judiciaire du justiciable est négligeable, puisqu'on juge sa participation aux soins.

Dévalorisation mentale et présomption de dangerosité : la stigmatisation comme outil de la sauvegarde des droits

Harold Garfinkel définit les « cérémonies de dégradation », dont les audiences judiciaires sont l'archétype, comme « un travail de communication visant à transformer l'identité totale d'une personne en une identité inférieure dans le schéma des types sociaux du groupe » (Garfinkel, 1956, p. 420). Une telle entreprise est un exercice de « stigmatisation », dont Link et Phelan (2001) identifient les composantes suivantes : l'étiquetage, la stéréotypisation, la distance sociale (ou séparation entre « eux » et « nous »), la perte du statut et la discrimination, et enfin les relations de pouvoir¹³. Certaines audiences judiciaires que nous avons observées entrent tout à fait dans cette caractérisation.

[13] Cet apport est effectué à l'aide d'une revue de littérature de Lionel Lacaze (2008) dans laquelle il propose une traduction des termes centraux de l'article de Link et Phelan (2001).

Nous développons ici quelques-uns de ces facteurs de dégradation par la stigmatisation, en montrant comment ils sont instrumentalisés au cours des audiences pour tantôt avancer les intérêts des patients-justiciables tantôt les faire reculer. Nous observons les manières de décrire la personne, en lui apposant des stigmates mis en concurrence pendant l'audience : d'une part, même les avocats du côté des patients usent de stratégies discursives visant à dévaloriser les malades mentaux, individuellement et de manière catégorielle ; et d'autre part, les médecins et les avocats de l'hôpital font apparaître la personne justiciable comme dangereuse pour justifier de la demande de privation des droits et des libertés.

La dévalorisation mentale individuelle et catégorielle érigée en système de défense

Nous isolons deux leviers principaux de la dévalorisation de l'état mental du patient lors de l'audience, érigée en technique de défense par les avocats du MHLS : l'étiquetage, qui s'exerce par la mise en exergue des échecs du patient et l'absence d'espoir d'amélioration de son état d'une part, et la stéréotypisation d'autre part, qui s'entend comme le développement d'un discours négatif sur les personnes atteintes de maladie mentale, comme catégorie sociale.

Le même argument du « mauvais état de santé » est saisi par les différents professionnels à deux fins tout à fait contradictoires : justifier la poursuite de l'hospitalisation et la médication forcée (lorsque l'argument est mobilisé par l'avocat de l'hôpital et le médecin) ou bien, au contraire, viser la sortie de l'hôpital. Les avocats MHLS utilisent parfois l'argument de la chronicité et de la lourdeur des troubles pour convaincre le juge de l'inefficacité des soins sur leur état, en espérant une sortie de l'hôpital. Dans l'extrait à suivre, le psychiatre explique que le patient est arrivé par les urgences générales, de lui-même (ce qui est assez rare dans un contexte où les admissions aux urgences se font quasi systématiquement en ambulance ou par la police) ; l'homme est présumé sans-abri. Le patient affirme lors de son arrivée que son pénis rétrécit ; il est directement admis en psychiatrie pour « idées délirantes ». Le médecin décrit le patient en citant les paroles prononcées pendant son délire : « Le patient pense que l'hôpital contrôle son pénis avec un thermostat et est engagé dans un complot pour le faire devenir gay. (*Il interprète ensuite :*) Ce sont des perturbations mentales qui l'empêcheront d'avoir une vie normale », concluant qu'il valait mieux le garder à l'hôpital. L'avocat, lors du contradictoire, va utiliser les idées délirantes pour obtenir une mainlevée :



« Avocate MHLS : Certaines idées délirantes sont tellement figées qu'il est impossible de s'en débarrasser, n'est-ce pas ?

— Psychiatre : Oui.

— Avocate MHLS : Certaines personnes peuvent être traitées pendant toute leur vie et sans jamais développer de conscience des troubles, n'est-ce pas ?

— Psychiatre : Oui » (extrait d'observation, 6 septembre 2016).

Ici, l'avocate MHLS a obtenu la libération de son client, non pas en montrant que son état clinique était « bon » ou seulement « meilleur » que la moyenne des patients hospitalisés. Au contraire, elle a reconnu et argumenté que son état mental était mauvais et qu'il était probable que celui-ci ne soit pas amélioré ni par les soins donnés à l'hôpital, ni « jamais ». Dans de nombreux cas, et lorsque les patients sont décrits comme « psychotiques chroniques », et que les antécédents sont connus et présentent de nombreuses hospitalisations et/ou des incarcérations et de longues périodes passées dans la rue (ce qui s'applique à une très large proportion des patients vus en audience), les avocats font de l'ancrage de la maladie mentale un argument en faveur de l'arrêt des soins. Les délires et les hallucinations deviennent leur « état de référence » [*baseline*] et on ne peut espérer que les soins réduisent les manifestations pathologiques. Dans ce cas, la restriction de libertés imposée par l'hospitalisation n'est pas bénéfique pour le malade, puisqu'elle ne permet pas une amélioration de l'état mental, et le critère légal pour justifier de la privation de liberté n'est pas rempli.

Une autre stratégie consiste à défendre un patient en brossant un portrait dépréciatif des patients en psychiatrie, comme catégorie stéréotypique. Lorsqu'elle est exercée par la défense, elle s'accompagne de l'usage de l'argument de la distance sociale, marquant la différence essentielle entre la catégorie et l'individu. Dans l'exemple suivant, un psychiatre témoigne avec l'objectif de contraindre le patient à rester en hospitalisation. Il utilise son absence d'engagement dans les soins (« il est isolé et ne participe à aucun groupe ») qu'il interprète comme des symptômes de la schizophrénie. Mais l'avocat du MHLS propose une version interprétative concurrente :

« Vous parlez d'auto-isollement, mais il est dans une unité où il cohabite avec des personnes atteintes de maladies mentales [*mental illness*], des personnes atteintes de troubles de la personnalité [*personality disorders*], n'est-ce pas ? Plutôt que d'être un symptôme de psychose, la paranoïa est une réponse rationnelle au confinement dans un petit espace avec d'autres personnes, qui comme le souligne d'ailleurs souvent l'avocat de l'hôpital, "pourraient présenter un comportement dangereux" » (extrait d'observation, 6 septembre 2016).

La disqualification catégorielle des malades mentaux en tant que groupe assez homogène, partageant des caractéristiques communes comme la dangerosité notamment, permet non seulement de faire valoir les meilleures compétences du client, mais aussi de partager une expérience commune, avec le juge, de ce rejet naturel ou immédiat de la maladie mentale.

Les patients eux-mêmes s'inscrivent parfois dans cette même ligne de défense, ayant intériorisé un stigmate qu'ils ne s'opposent pas à eux-mêmes, mais qu'ils reconnaissent bien volontiers aux autres (Rosenfield, 1997 ; Link, Phelan, 2001).

Un patient qui souhaite la mainlevée appuie sa demande auprès du juge : « Tout le monde est fou ici ! Ils sont vraiment tarés ! »

La présomption de dangerosité comme discrimination

Nous traiterons plus particulièrement dans cette section du critère de la dangerosité, au cœur du dispositif de soins forcés, qui vient agir comme un levier de désapprobation publique du comportement du patient, et donc comme imposition d'un nouveau stigmate impliquant une dégradation statutaire. Il apparaît ainsi clairement que les effets de la stigmatisation sont produits dans un entrelacs de relations de pouvoir, dont les deux acteurs principaux, le juge et le médecin, sont reconnus comme les tenants les plus légitimes de l'imposition du stigmate.

Lorsque la Cour suprême a reconnu le motif de la dangerosité, des résistances fortes sont apparues, avec des incertitudes concernant la capacité des psychiatres à prédire la dangerosité des malades (Ennis, Litwack, 1974 ; Dallaire *et al.*, 2000). La cour de New York a interprété la décision en ajoutant que « l'incapacité à répondre à ses propres besoins en nourriture, vêtements et logement » est suffisante pour attester d'un comportement risqué auto-agressif. Pour démentir le critère légal de la dangerosité du client, les avocats MHLS argumentent sur la capacité de leur client à subvenir à ses besoins, même en situation de sans-abrisme. Dans l'exemple suivant, le juge doit statuer sur le cas d'une patiente amenée aux urgences par la police, après avoir été interpellée dans le métro pour avoir perturbé les autres voyageurs :



« Juge (*au psychiatre*) : Enfin, elle peut être très agaçante. Les gens qui prient et qui parlent dans le métro sont certainement les gens que je déteste le plus au monde, mais en quoi cela représente-t-il un danger ?

(*Le psychiatre rétorque qu'elle a commencé un jeûne*)

— Avocat MHLS : Objection. L'hôpital n'a pas montré par des preuves claires et convaincantes qu'elle remplit les critères légaux pour une hospitalisation sans consentement. Jeûner n'est pas une mise en danger. Elle a le droit de jeûner. Et être sans abri n'est pas un danger ! » (extrait d'observation, 22 septembre 2016).

De la même manière, le cas qui va suivre donne à voir une dégradation statutaire, engagée par le médecin en décrivant les comportements inappropriés du patient, qui n'a pas été fructueuse, permettant ainsi au patient de recouvrer sa liberté :



« Casser des choses chez soi n'est pas une bonne chose. Il est paranoïaque et isolé, mais ce n'est pas ça le critère légal... Peut-être qu'il est délirant, mais il n'est pas allé jusqu'à se mettre en danger ou présenter un danger pour autrui. Il a choisi un style de

vie et je ne peux pas juger autrement. Je ne peux même pas le forcer à voir ses enfants, même si je trouve cela complètement inconvenant. La demande de libération est accordée » (extrait d'observation, 13 décembre 2016).

On observe un cas où l'apposition du stigmate ne produit pas la diminution de statut généralement associée. Ainsi, le juge est investi d'un pouvoir immense. Non seulement il peut apposer le stigmate, ou autoriser le médecin à apposer le stigmate, mais il peut aussi décider des effets qui en incombent :



« Dans le cas du stigmate psychiatrique, des individus ou des catégories sans pouvoir, comme les personnes souffrant de désordre psychiatrique sont structurellement dans une relation asymétrique avec les individus ou les groupes ayant un pouvoir comme les médecins, les psychiatres, les travailleurs sociaux ou les juges » (Lacaze, 2008, p. 192).

C'est particulièrement observable dans le cadre de l'audience, qui crée une alliance momentanée entre ces deux professionnels détenant le pouvoir de stigmatiser – si le dernier exemple exposé montre une issue favorable au patient, rappelons que près de 90 % des décisions rendues vont dans le sens du parti hospitalier. Le passage par l'arène judiciaire semble finalement conférer plus de pouvoir au processus de stigmatisation, initialement opéré par les médecins et l'institution hospitalière.

Conclusion

Nous avons commencé notre enquête en nous demandant si les idéaux promus par la démocratie sanitaire – entendue ici comme une incitation à la participation du patient à son propre parcours de soins – sont conciliables avec l'existence et la réalité de la contrainte aux soins. À première vue, le début de la procédure judiciaire, au moment de l'admission non consentie du patient, montre l'échec de la collaboration patient-médecin attendu par le mouvement de « *recovery* » et les organisations qui représentent les droits des personnes handicapées, puisqu'une tierce organisation, le MHLS, est nécessaire à la continuité des droits.

Néanmoins, lorsque l'on regarde de près le travail engagé de ces avocats, nous avons montré qu'un agencement entre la « participation judiciaire » et la « participation sanitaire » est possible, sous une forme étroite. Dans les négociations préalables à un contrôle judiciaire, l'avocat échange la coopération du patient dans ses soins contre le recouvrement de certains droits. Pendant les audiences, l'avocat met en scène la capacité de son client à être partie prenante dans la prise en charge, même si cela impose une instrumentalisation de sa participation orale au processus judiciaire. Quand le client se révèle tout à fait

opposé aux soins, cet aménagement atteint rapidement ses limites. Si la stratégie de stigmatisation est parfois efficace, elle a pour conséquence l'écartement total du patient du système sanitaire, en plus de dévaloriser plus généralement les malades mentaux reconnus momentanément incapables de participer volontairement à leur rétablissement.

Alors que les droits des patients en psychiatrie prennent leur source dans le mouvement des droits civiques des années 1960 aux États-Unis ou, plus récemment, les mouvements pour les droits des personnes handicapées, la possibilité de saisir le juge pour le patient ne peut être analysée comme recouvrant pleinement les attentes promues par la « démocratie sanitaire ». Les patients ne se présentent pas aux audiences comme groupe avec des revendications collectives pour la transformation du système sanitaire, mais comme des individus atomisés et désarmés, pour faire valoir des droits souvent par la négative (droit de refuser un traitement, de sortir de l'hôpital et des soins).

La contribution du patient dans son parcours de soins, promue par le processus judiciaire, ne représente pas la seule manière d'aborder la question de la participation en psychiatrie. Les droits procéduraux donnés à ces patients assurent qu'ils sont partie prenante des décisions les concernant, et que les décisions prises contre leur gré sont soumises à certains critères légaux. Les patients semblent pourtant être constitués comme l'objet de la procédure et non comme sujet et agent du procès qui les concerne.

Notre enquête examine un contexte où la judiciarisation est beaucoup plus avancée qu'en France (Garapon, Papadopoulos, 2003). Certaines des stratégies observées ne sont pas spécifiques à la psychiatrie : la limitation de la prise de parole du client ou la canalisation de son témoignage vers un discours plus favorable à ses intérêts sont des tactiques classiques dans la défense des personnes accusées. Dans un contexte où les patients en psychiatrie restent stigmatisés et dévalorisés, les avocats spécialisés peuvent y trouver des marges de participation. Mais, comme le soulignent souvent les avocats du MHLS, l'augmentation des mesures de contrainte et la diminution des ressources pour la psychiatrie publique menacent ces espaces d'action résiduels.

Bibliographie

- Appelbaum P., 1994, *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*, Oxford, Oxford University Press.
- Behnke S., Perlin M., Bernstein M., 2004, *The Essentials of New York Mental Health Law: A Straightforward Guide for Clinicians of All Disciplines*, New York, W. W. Norton & Company.
- Bouquet B., Jaeger M., 2017, « Introduction : de la participation au pouvoir d'agir », *Vie sociale*, 19, p. 7-11.

- Bursztajn H., Gutheil T., Mills M., Hamm R., Brodsky A., 1986, « Process Analysis of Judges' Commitment Decisions: A Preliminary Empirical Study », *American Journal of Psychiatry*, 143 (2), p. 170-174.
- Coldefy M., Fernandes S., 2017, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, 222, p. 1-8.
- Dallaire B., McCubbin M., Morin P., Cohen D., 2000, « Civil Commitment Due to Mental Illness and Dangerousness: The Union of Law and Psychiatry within a Treatment-Control System », *Sociology of Health & Illness*, 22 (5), p. 679-699.
- Decker F., 1987, « Psychiatric Management of Legal Defense in Periodic Commitment Hearings », *Social Problems*, 34 (2), p. 156-171.
- Dudley M., Silove D., Gale F., 2012, *Mental Health and Human Rights: Vision, Praxis, and Courage*, Oxford, Oxford University Press.
- Engum E., Cuneo E., 1981, « Attorney's Role as Advocate in Civil Commitment Hearings », *Journal of Psychiatry and Law*, 9 (2), p. 161-180.
- Ennis B., Litwack T., 1974, « Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the Courtroom », *California Law Review*, 62 (3), p. 693-752.
- Epstein S., 1996, *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Berkeley, University of California Press.
- Feeley M., 1979, *The Process is the Punishment: Handling Cases in a Lower Criminal Court*, New York, Russell Sage Foundation.
- Garapon A., Papadopoulos I., 2003, *Juger en Amérique et en France : culture juridique française et common law*, Paris, Odile Jacob.
- Garfinkel H., 1956, « Conditions of Successful Degradation Ceremonies », *American Journal of Sociology*, 61 (5), p. 420-424.
- Hiday V., 1981, « The Attorney's Role in Involuntary Civil Commitment », *North Carolina Law Review*, 60, p. 1027-1056.
- Hiday V., 1983, « Representing Respondents Under New Civil Commitment Statutes: An Analysis of Counsel's Role In and Out of the Courtroom », *Law & Policy*, 5 (4), p. 438-454.
- Kohler-Hausmann I., 2013, « Misdemeanor Justice: Control without Conviction », *American Journal of Sociology*, 119 (2), p. 351-393.
- Kumasaka Y., Gupta R., 1972, « Lawyers and Psychiatrists in the Court: Issues on Civil Commitment », *Maryland Law Review*, 32 (1), p. 6-35.
- Lacaze L., 2008, « La théorie de l'étiquetage modifiée, ou "l'analyse stigmatique" revisitée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5, p. 183-199.
- Link B., Phelan J., 2001, « Conceptualizing Stigma », *Annual Review of Sociology*, 27 (1), p. 363-385.
- Lovell A., Rhodes L., 2014, « Psychiatry with Teeth: Notes on Coercion and Control in France and the United States », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 38 (4), p. 618-622.

- Morris G., 2009, « Let's Do the Time Warp Again: Assessing the Competence of Counsel in Mental Health Conservatorship Proceedings », *San Diego Law Review*, 46 (2), p. 283-342.
- Pescosolido B., Medina T., Martin J., Long J., 2013, « The "Backbone" of Stigma: Identifying the Global Core of Public Prejudice Associated With Mental Illness », *American Journal of Public Health*, 103 (5), p. 853-860.
- Player C., 2015, « Outpatient Commitment and Procedural Due Process », *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, p. 100-113.
- Rabeharisoa V., Callon M., 2004, « Patients and Scientists in French Muscular Dystrophy Research », in S. Jasanoff (dir.), *States of Knowledge: The Co-Production of Science and the Social Order*, Londres, Routledge, p. 142-160.
- Robbins P., Petrila J., LeMelle S., Monahan J., 2006, « The Use of Housing as Leverage to Increase Adherence to Psychiatric Treatment in the Community », *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33 (2), p. 226-236.
- Rosenfield S., 1997, « Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction », *American Sociological Review*, 62 (4), p. 660-672.
- Saetta S., Sicot F., Renard T., 2010, « Les usages des expertises psy au procès d'assises et les définitions pratiques de la responsabilité », *Déviante et société*, 34 (4), p. 647-669.
- Shea S., 2012, « The Mental Hygiene Legal Service at 50: A Retrospective and Prospective Examination of Advocacy for People with Mental Disabilities », *Government, Law, and Policy Journal*, 14 (2), p. 35-41.
- Swartz M., Swanson J., Kim M., Petrila J., 2006, « Use of Outpatient Commitment or Related Civil Court Treatment Orders in Five US Communities », *Psychiatric Services*, 57 (3), p. 343-349.
- Warren C., 1982, *The Court of Last Resort*, Chicago, University of Chicago Press.
- Wolf N., 1992, « The Ethical Dilemmas Faced by Attorneys Representing the Mentally Ill in Civil Commitment Proceedings », *Georgetown Journal of Legal Ethics*, 6 (1), p. 163-186.

Abstract—Health status and legal status: Forms of participation of patients in judicial reviews of involuntary psychiatric care in New York

Are the ideals of “health democracy” compatible with involuntary care? In this article, we study the forms of participation of psychiatric patients undergoing involuntary care in New York. We focus on the work of lawyers specialized in their defense, drawing on observations of more than two-hundred judicial hearings. We show that, through negotiations with treatment teams before the hearings and certain legal strategies during them, these lawyers can manage to reconcile the participation of the patient in the legal proceeding and their participation in their care, even when that care is involuntary. On the other hand, in the case of a complete refusal of care, the only possibility of victory for the legal defense is to remove the patient from the healthcare system entirely. This article thus shows the tensions and difficulties of creating participation in care and in the legal system at the same time.

Keywords Psychiatry, Involuntary care, Civil commitment, Judicial hearings, Lawyers, Health democracy, New York

Tonya Tartour est doctorante en sociologie au Centre de Sociologie des Organisations (CSO, Sciences Po/CNRS). Elle prépare depuis 2015 une thèse sur les politiques publiques en psychiatrie en s'intéressant plus particulièrement au financement de la psychiatrie publique, à la place du droit et à celle du traitement, comme traceurs des évolutions récentes du système de santé mentale. Elle a notamment publié avec Magali Coldefy les premiers résultats quantitatifs de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 (« De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie », *Questions d'économie de la santé*, n° 205, janvier 2015, 8 p.), ainsi qu'une analyse croisée de la place des écrits dans les soins ambulatoires forcés en psychiatrie, dans les programmes et les injonctions de soins, avec Ana Marques et Sébastien Saetta (« Des murailles de papier. La contrainte aux soins en ambulatoire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2016, p. 57-74).

La recherche d'**Alex V. Barnard** porte sur les trajectoires institutionnelles des personnes atteintes de maladies mentales sévères en France et aux États-Unis. À partir d'entretiens qualitatifs, de dépouillement d'archives et d'observations menées dans des établissements de santé, des tribunaux et des services sociaux, il examine les déterminants de la construction des parcours pour une population similaire dans les deux pays.



Mots clés

Psychiatrie, Soins sans consentement, Système judiciaire,
Avocats, Démocratie sanitaire, New York