

TRANSLATED ARTICLE

Consentement et *compliance*: Des sujets utilisables dans les audiences d'hospitalisation psychiatrique sans consentement à Paris et à New York

Alex V. Barnard¹ and Aurélien Eberhardt²

¹Department of Sociology, New York University, New York, NY, USA and ²Department of Sociology, Université de Poitiers, Poitiers, France

Corresponding author: Alex V. Barnard; Email: ab8877@nyu.edu

(Received 12 February 2024; revised 11 May 2025; accepted 30 May 2025)

Résumé

Comment les professionnels du droit et de la médecine construisent-ils, au tribunal, le statut légal et l'état mental des patients, et comment ces derniers participent-ils à ces constructions? Cet article s'appuie sur l'analyse de 300 audiences à Paris et à New York, au cours desquelles des personnes hospitalisées sans consentement demandent leur sortie. Dans les deux villes, les tribunaux rejettent la grande majorité des requêtes. Ils le font en mobilisant, selon des modalités propres à chaque système, des répertoires juridiques et des capacités de contrôle qui transforment les patients en différents types de sujets utilisables: des personnes dont les droits sont formellement pris en compte à l'audience, mais qui sont néanmoins classées comme nécessitant les interventions sans consentement que la psychiatrie a les moyens d'assurer. À Paris, les professionnels du droit insistent sur les garanties procédurales tout en s'en remettant aux évaluations médicales du consentement des patients, entendu comme une disposition sous-jacente à accepter un traitement au long cours. À New York, les avocats contestent plus directement l'expertise psychiatrique, mais négocient avec médecins et patients autour de la *compliance*, comprise comme une acceptation de court terme de la médication. L'article propose ainsi de déplacer le regard des figures de sujets autonomes que les dispositifs médico-légaux et sociaux hybrides prétendent produire vers des formes plus contingentes et situées de sujets utilisables, qui rendent possible la coopération professionnelle et le traitement institutionnel dans un contexte de ressources limitées et d'extension des droits des patients.

Mots-clés: Psychiatrie; hospitalisation sans consentement; sujets utilisables; droit et médecine; *compliance*

Le droit joue un rôle croissant dans la définition du champ médical, à mesure que cliniciens et institutions de santé sont soumis à un encadrement réglementaire plus

dense et à des protections renforcées des droits civiques¹ (Heimer 2025; Kelly et al. 2015; Levitsky 2013). Cette imbrication croissante est réciproque: les acteurs du droit sollicitent ainsi les professionnels de santé dans les procédures d'indemnisation, pour réguler la distribution des opioïdes et pour apprécier la légitimité des demandes d'asile (Chiarello 2015; Kirkland 2016; Vogler 2021). Les chercheurs du courant *law and society* ont étudié les conditions qui permettent à des acteurs aux ethos professionnels, aux ancrages institutionnels et aux formes d'expertise très différents de collaborer malgré tout, soit en passant par des médiateurs professionnels, soit par des interactions répétées autour de catégories communes (Castellano 2011; Heimer and Gazley 2012; Kellogg 2014). Cependant, la manière dont les acteurs non professionnels – comme les patients – façonnent les interactions interprofessionnelles dans des contextes juridiques reste peu théorisée.

Cet article interroge la manière dont les acteurs du droit et de la médecine construisent le statut légal et les états mentaux des patients de façon à faciliter leur collaboration, face à des comportements de patients susceptibles de la menacer. Il s'appuie pour cela sur l'analyse d'audiences relatives à des hospitalisations psychiatriques sans consentement, décidées par un juge civil en dehors de toute procédure pénale. Ces hospitalisations constituent un exemple d'hybridation des institutions juridiques, médicales et sociales dans le gouvernement des populations marginalisées (Brydolf-Horwitz and Beckett 2021; Lara-Millán and Van Cleve 2017; Miller 2014). Plusieurs travaux montrent que, dans les dispositifs contemporains de contrôle social, les professionnels collaborent de façon à transformer les prévenus, les requérants et les patients en sujets supposés se gouverner eux-mêmes (Kaye 2013; Livne 2019; McKim 2008; Soss et al. 2011). Mais peu d'attention a été portée à la façon dont les professionnels réagissent lorsque les personnes qu'ils cherchent à contrôler ne parviennent pas à s'autodiscipliner. Les hospitalisations psychiatriques sans consentement visant les patients que ni les services ambulatoires volontaires ni les tribunaux collaboratifs de traitement pénal ne parviennent à prendre en charge (Castellano 2011; Gong 2019) offrent un site stratégique pour explorer ce vide analytique. Parce qu'ils reposent sur une procédure formellement contradictoire, ils mettent en évidence la fragilité particulière de la coopération entre droit et médecine (Perlin 2017).

Pour autant, l'analyse de 300 audiences menées à New York et à Paris montre que droit et médecine s'allient dans ce contexte pour maintenir un contrôle social temporaire, ce qui se traduit concrètement par la prolongation de l'hospitalisation de la

¹Translated from Alex V. Barnard, « Consent and Compliance: Serviceable Subjects in Involuntary Psychiatric Commitment Hearings in Paris and New York, » *Law & Society Review*, 59 (4): 749-784. doi: [10.1017/lr.2025.10066](https://doi.org/10.1017/lr.2025.10066).

(Traduit de Alex V. Barnard, « Consent and Compliance: Serviceable Subjects in Involuntary Psychiatric Commitment Hearings in Paris and New York », *Law & Society Review*, 59 (4): 749-784. doi: [10.1017/lr.2025.10066](https://doi.org/10.1017/lr.2025.10066).

grande majorité² des patients.³ Ce résultat s'explique par les *performances en audience* des professionnels du droit et de la médecine, qui tendent à transformer la majorité des patients en *sujets utilisables*: autrement dit, des individus que l'expertise médicale comme l'évaluation juridique estiment suffisamment adaptés – mais seulement de façon provisoire et minimale – pour justifier la poursuite d'un traitement psychiatrique sans consentement. Ce concept s'inspire de Goffman (1961), qui souligne que les asiles, sans jamais parvenir à produire des internés totalement passifs, réussissent néanmoins à les transformer en « objets utilisables » (*serviceable objects*). En exigeant une obéissance superficielle aux règles de l'institution et à l'autorité des soignants, le personnel fait des patients « le type d'objet sur lequel un service psychiatrique peut être accompli » (Goffman 1961: 379).

Le passage des *objets utilisables* aux *sujets utilisables* permet de souligner que le contrôle social contemporain ne repose plus, comme à l'époque étudiée par Goffman, sur la seule expertise psychiatrique. Il doit s'inscrire dans un « tournant juridique » de la médecine (Heimer 2025: 2), qui oblige à considérer les droits et les choix des patients (Bagenstos 2012; Bouquet and Jaeger 2017; Livne 2019). En outre, la réduction durable des ressources qui touche les dispositifs de contrôle social, tels que les hôpitaux psychiatriques (Kohler-Hausmann 2018; Lara-Millán 2021), fait que les sujets ne sont utilisables pour la médecine qu'à condition de paraître capables d'un minimum d'adhésion future au traitement, suffisante pour envisager leur sortie. La notion d'utilisabilité déplace ainsi l'attention: au lieu de se focaliser sur les sujets autonomes que les institutions de contrôle social affirment vouloir produire, elle met en lumière les performances contingentes que droit et médecine attendent des demandeurs, prévenus ou patients « difficiles », afin de mener à bien leur travail ordinaire.

La comparaison entre Paris et New York met en évidence que les formes d'utilisabilité – consentement et *compliance*⁴ – résultent de la combinaison de deux facteurs: d'une part, le *répertoire juridique* à la disposition des juges (Kirkland and Hyman 2021; Saguy 2003; Winter and Clair 2023); d'autre part, la *capacité de contrôle* dont disposent les professionnels de santé pour encadrer, surveiller et, si nécessaire, contraindre les patients (Chiarello 2015; Heimer and Staffen 1995). À Paris, le *consentement* renvoie à la capacité des patients à accepter la poursuite d'un suivi psychiatrique. Cette conception du consentement traduit un répertoire qui valorise l'évaluation experte de l'état psychique des personnes et s'inscrit dans un système de santé mentale qui vise à façonner durablement les subjectivités. À New York, la *compliance* correspond à l'acceptation par les patients de la prise d'un traitement médicamenteux à l'hôpital en échange d'une

²À Paris, seuls quatre patients sur 107 ont obtenu leur libération, même si les statistiques nationales indiquent qu'environ 5% des sorties supplémentaires interviennent avant l'audience (Robiliard and Jacquat 2017: 77). À New York, sur 105 audiences observées relatives à la prolongation d'une hospitalisation, treize personnes ont été libérées. Aucune donnée nationale n'existe à ce sujet (Morris 2020).

³La question du vocabulaire est délicate: beaucoup de personnes hospitalisées sans consentement refusent l'étiquette de « malades mentaux ». J'ai choisi d'utiliser le terme « patients », car il correspond à une réalité factuelle: les personnes concernées par ces audiences sont, à ce moment précis, effectivement hospitalisées.

⁴Le terme *compliance* est conservé en anglais dans tout l'article (titre compris) car il recouvre à la fois l'observance du traitement et la conformité plus générale aux attentes médico-juridiques. Les équivalents français usuels (« observance », « conformité ») en restreignent la portée.

sortie. Elle rend possible la coopération dans un contexte où le répertoire juridique, fondé sur le contradictoire, insiste sur le choix des patients et où le système de santé mentale dispose d'une capacité de contrôle limitée dans la durée. Dans les deux contextes, les patients sont ainsi conduits à manifester un certain degré de consentement et de *compliance*, à la fois valorisé par le droit mais jugé insuffisant pour autoriser leur sortie.

Cet article mobilise la comparaison pour développer une typologie des différentes formes d'utilisabilité dans les dispositifs hybrides de contrôle social. Cette typologie repose sur deux critères: la visibilité de l'utilisabilité dans le processus judiciaire (qu'elle soit l'objet d'une évaluation experte ou qu'elle se manifeste lors des *performances* d'audience), et le niveau auquel s'exerce le contrôle social (dispositions intériorisées ou comportements superficiels). L'analyse de l'utilisabilité à l'intersection des capacités de contrôle et des répertoires juridiques ouvre des perspectives plus larges pour l'étude des interactions entre droit et médecine. Elle montre que la collaboration repose sur la construction de sujets médico-légaux répondant à un standard minimal et négocié, permettant à la fois de contrôler le travail des experts et de préserver la légitimité professionnelle.

Cadre théorique

Droit, psychiatrie et hospitalisations sans consentement

Le droit et la psychiatrie ont longtemps constitué un cas classique de conflit interprofessionnel, les deux groupes s'étant historiquement disputé la juridiction sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux (Abbott 1988; Goldstein 1987). Hoppe (2014: 146) montre en quoi cet affrontement n'a rien de surprenant, compte tenu des « présupposés épistémiques divergents qui sous-tendent le droit et la médecine: alors que le droit est censé attribuer la culpabilité, promouvoir la justice et imposer une juste punition, la médecine est censée demeurer neutre, promouvoir la santé et dispenser un traitement. » Aux États-Unis, dans les années 1960 et 1970, l'adoption de nouvelles lois et les recours liés aux droits civiques ont étendu le contrôle des hospitalisations sans consentement, qui relevait auparavant presque entièrement de la seule discrétion médicale. Les observateurs s'attendaient alors à une intensification des conflits (Appelbaum 1994; Morse 1982). En pratique, l'effet de ces réformes est resté limité: les avocats se sont le plus souvent alignés sur les évaluations psychiatriques concernant les besoins des patients en matière de soins et de contrôle (Hiday 1977; Lewis et al. 1984; Monahan 1977; Warren 1977). Comme le souligne Heimer (1999) dans son étude des unités de soins intensifs néonataux, même des juristes maîtrisant parfaitement le droit ont tendance à faire preuve de déférence dès lors qu'ils ne sont pas familiers du contexte médical auquel ce droit s'applique.

Les travaux récents de Heimer (2025) sur les cliniques VIH mettent en évidence l'imbrication toujours plus étroite entre les champs médicaux et juridiques (voir aussi Chiarello and Morrill 2020; Horowitz 2012; Kelly et al. 2015; Morse 2019). Parmi les évolutions susceptibles d'affecter l'exercice médical et de générer des tensions figurent les nouveaux mandats relatifs aux droits des patients à l'information ou à la possibilité de diriger leur propre traitement (Harper 2015; Levitsky 2013; McGowan et al. 2016). Pourtant, dans une enquête sur la mise en œuvre des obligations de non-discrimination issues de l'Affordable Care Act de 2010, Kirkland and

Hyman (2021) montrent que les revendications des patients ont été reformulées par les professionnels chargés de la gestion des plaintes: elles ont été comprises comme des questions de qualité des soins plutôt que comme des violations de droits. Ces résultats éclairent la façon dont la collaboration entre droit et médecine peut être préservée grâce à l'intervention de professionnels du courtage (*broker-ing professionals*), qui contribuent à désamorcer les tensions liées à la manière dont les plaignants sont tour à tour considérés comme patients ou comme justiciables (Castellano 2011; Kellogg 2014).

Si ces travaux s'inscrivent dans un constat plus général selon lequel la mise en conformité avec les mandats juridiques récents tend à rester symbolique et superficielle (Dobbin and Kelly 2007; Edelman 1992), Heimer and Gazley (2012) soutiennent que le droit et la médecine peuvent parfois « dépasser le ritualisme réglementaire ». Par le biais d'interactions répétées, les cliniciens vont au-delà des démonstrations superficielles de respect des règles pour co-produire avec les régulateurs une « conformité en profondeur ». Cette attention portée à la performance partagée met en lumière les micro-interactions où se jouent la collaboration comme le conflit interprofessionnel. En revanche, leur travail ne s'intéresse pas à la manière dont les patients eux-mêmes participent à ces performances – ou viennent les perturber.

Il subsiste ainsi une zone d'ombre dans l'analyse des dynamiques interprofessionnelles dans des contextes comme les tribunaux, où juristes et médecins sont formellement adversaires et où les plaintes des patients n'ont pas été réorientées vers des procédures moins conflictuelles. Les travaux existants ont certes examiné la manière dont l'expertise médicale est évaluée au cours des audiences (Hlavka and Mulla 2020; Kirkland 2016; Lynch 2004; Vogler 2021), mais l'accent a été mis sur l'examen de catégories expertes (comme le « préjudice vaccinal » ou la « sexualité ») plutôt que sur les patients eux-mêmes. De ce point de vue, et comme l'observe Claire (2020: 12) à propos des prévenus dans les procédures pénales, les patients – pourtant au cœur des interactions médico-juridiques – restent des « acteurs sous-théorisés ».

Les audiences d'hospitalisations sans consentement offrent un terrain stratégique pour combler cette lacune. Les psychiatres ne doivent pas seulement se conformer au cadre juridique général: ils doivent, pour toute prolongation d'hospitalisation sans consentement, obtenir une décision judiciaire spécifique. À la différence des *drug courts* (tribunaux de traitement de la toxicomanie) fondées sur une approche collaborative et destinées aux personnes réorientées hors des poursuites pénales, les audiences sont par principe de type contradictoire (Perlin 1992; Wolf 1992) et les patients sont présumés exercer activement leurs droits pour contester l'hospitalisation. Si des recherches récentes ont documenté le rôle de la police, qui conduit aux urgences psychiatriques des personnes sans abri ou jugées perturbatrices dans le cadre de placements de courte durée (Herring 2019; Pifer 2023; Seim 2019), les enquêtes sur ce qui advient ensuite lors des audiences se font rares et datent pour la plupart de plusieurs décennies (cf. Player 2015; Decker 1987; Holstein 1993; Warren 1982). Alors même que ces audiences pourraient constituer un observatoire privilégié des conséquences du renforcement des régulations juridiques et de l'élargissement des droits des patients, le rôle des patients dans l'articulation entre droit et médecine demeure peu étudié.

Contrôle par subjectivation et utilisabilité

La littérature sur les interactions entre médecine et droit s'est ainsi peu intéressée à la construction des sujets médico-juridiques. Cette question occupe en revanche une place centrale dans les recherches sur l'hybridation des institutions pénales et de protection sociale dans l'exercice du contrôle social (Brydolf-Horwitz and Beckett 2021; Lara-Millán and Van Cleve 2017; Miller 2014). Ces travaux montrent que, dans bien des cas, professionnels du droit et de la médecine se retrouvent engagés dans un même projet. Ainsi, les acteurs de la justice pénale – agents de probation notamment – revendiquent de plus en plus un rôle de *care*, c'est-à-dire de prise en charge et d'accompagnement (Lara-Millán and Van Cleve 2017; Phelps and Ruhland 2022). À l'inverse, les critiques des interventions psychiatriques sans consentement soulignent que les cliniciens les mobilisent comme une forme d'incarcération ou de sanction (Ben-Moshe, Chapman et Carey 2014; Schenwar and Law 2020).

Cette collaboration traduit un impératif croissant, partagé par les services médicaux, juridiques et de protection sociale: la subjectivation, entendue comme l'attente que les interventions renforcent l'agentivité et la traduisent en autocontrôle (Kaye 2013; Livne 2019). Aujourd'hui, les programmes de réinsertion des personnes incarcérées, les *drug courts* ou encore les dispositifs de retour à l'emploi affirment tous produire des sujets « auto-régulés » ou « auto-gouvernés », plutôt que de simples bénéficiaires passifs (Dubois 2003; Gowan and Whetstone 2012; McKim 2008; Miller 2014; Soss et al. 2011). Mais ces mêmes travaux constatent souvent l'écart entre les « sujets idéalisés » que ces interventions médico-juridiques prétendent façonner et la fréquence avec laquelle ces ambitions « échouent en pratique » (Phelps and Ruhland 2022: 812). Les conditions précises dans lesquelles les professionnels parviennent malgré tout à maintenir leur collaboration face à ces échecs apparents de la subjectivation demeurent, en revanche, largement explorées.

Afin de mieux théoriser les types de sujets qui rendent possible la poursuite des interventions médico-juridiques, je mobilise la notion d'*utilisabilité* proposée par Goffman. Comme il le soutenait, les « institutions totales » telles que les asiles « ne cherchent pas vraiment une victoire culturelle » (Goffman 1961: 13) et toléraient en réalité toute une gamme de subversions des règles institutionnelles par les patients. Leur objectif était plutôt de transformer les patients en objets utilisables, susceptibles d'adopter « un comportement calme et obéissant » dans certains moments spécifiques (par exemple face au personnel ou dans la file pour la distribution des médicaments), afin de « réduire le problème de gestion de l'administrateur » (Goffman 1961: 383). L'accent mis par Goffman sur l'utilisabilité déplace l'analyse des objectifs officiels des institutions de contrôle social vers les ajustements provisoires qui permettent leur fonctionnement au quotidien.

Comme le souligne la littérature relative aux dispositifs de contrôle social, les finalités déclarées des interventions psychiatriques ont profondément changé depuis l'époque de Goffman. Les nouveaux droits juridiques limitant les traitements sans consentement ont ainsi contribué à la désinstitutionalisation, qui visait à transformer les résidents passifs des asiles en « citoyens autonomes et capables de subvenir eux-mêmes à leurs besoins » au sein de la société (Bagnall and Eyal 2016: 42). À l'époque de Goffman, un diagnostic psychiatrique « qualifi[ait] [le patient] comme objet de service » tout en le « disqualifi[ant] de toute participation à la relation de service »

(Goffman 1961: 364). La notion de sujets utilisables rend compte de la dynamique plus complexe de la subjectivation contemporaine: traiter les individus comme des sujets porteurs de droits et susceptibles de participer à la relation de service, tout en les maintenant des dispositifs de contrainte, de sanction ou de surveillance.

Le concept d'utilisabilité s'inscrit ainsi dans un courant plus large de la recherche socio-juridique, qui met en lumière les impératifs pesant sur les institutions comme sur les professionnels dans l'exercice du contrôle social. Comme le soulignait déjà Goffman (1961: 361), « ce qui est pris en charge », bien souvent, « c'est l'institution » elle-même. Le bon fonctionnement des institutions médicales, sociales et juridiques suppose que bénéficiaires, requérants et prévenus n'exercent pas l'ensemble des droits qui leur sont théoriquement garantis – par exemple en exigeant une audience pour chaque affaire d'expulsion ou en sollicitant une nouvelle révision à chaque refus d'aide sociale (Clair 2020; Feeley 1979; Kohler-Hausmann 2018). Mais les juges, avocats et médecins ne se limitent pas à rechercher l'efficacité procédurale; leurs préoccupations incluent aussi la sécurité publique, la défense des droits civiques et la prise en charge médicale (Heimer 1999; McPherson and Sauder 2013; Ulmer 2019). La gestion de l'ensemble des dossiers implique donc à la fois une certaine collaboration – dans les audiences d'hospitalisation sans consentement, par exemple, les juges requièrent l'expertise psychiatrique pour statuer, tandis que les psychiatres ont besoin de l'autorisation judiciaire pour poursuivre le traitement – et un travail permanent de maîtrise des conflits.

Répertoires, capacités et constructions de l'utilisabilité

Le cadre que je propose montre que ce qui rend un individu utilisable pour le droit et la médecine dépend moins de grandes normes sociales comme l'idéal d'« auto-gouvernement » que de la capacité à répondre à des attentes pratiques propres à chaque situation. Alors que la littérature existante a surtout mis en avant la *compliance* comportementale (qu'il s'agisse de suivre un traitement ou de respecter les règles d'un programme) comme une attente centrale et récurrente (Castellano 2011; Conrad 1985; Halushka 2017; Phelps and Ruhland 2022), la focalisation sur le cas américain et l'absence d'analyses comparatives laissent largement dans l'ombre d'autres formes possibles d'utilisabilité.

Plutôt que de concevoir les systèmes juridiques nationaux comme un ensemble rigide de règles, la recherche met désormais l'accent sur les répertoires propres à chaque contexte géographique et domaine juridique (Kirkland and Hyman 2021; Lichtenstein 2022; Saguy 2003; Winter and Clair 2023). Ces répertoires constituent un ensemble flexible de pratiques, de normes adaptables et de représentations des rôles professionnels, mobilisables pour évaluer, plaider ou trancher des cas particuliers. L'approche par répertoires met en évidence la manière dont la finalité officielle et la fonction pratique des procédures peuvent varier. Ainsi, lorsqu'un avocat de patient mobilise les outils à sa disposition pour plaider en faveur d'une libération, il accomplit son mandat formel, mais contribue aussi à rendre le patient *utilisable* pour l'hospitalisation en conférant une légitimité juridique à la contrainte médicale.

Jusqu'ici, peu de travaux se sont penchés sur la manière dont des répertoires distinctifs rendent possibles des stratégies spécifiques d'évaluation de l'expertise. La littérature comparative existante fournit toutefois quelques repères. Dans le cadre de

l'« adversarial legalism » américain, les avocats peuvent interroger directement les experts, tandis que, dans le « bureaucratic legalism » français, il revient aux juges de conduire l'instruction à partir des dossiers écrits (Burke and Barnes 2017; Dao 2023; Kagan 2003). Ces différences produisent des variations dans la visibilité de l'utilisabilité, selon qu'elle peut être observée directement à l'audience ou qu'elle repose sur des évaluations expertes formulées en dehors de celle-ci.

Les répertoires juridiques combinent à la fois souplesse et contrainte dans l'exercice du droit, mais la nature précise de ces contraintes a rarement été analysée. Dans cet article, je soutiens que l'usage de ces répertoires dépend de la manière dont, au fil d'interactions répétées, les acteurs du droit évaluent la capacité effective des institutions médicales à contraindre, surveiller et contenir les patients. Comme le montrent Heimer et Staffen (1995: 642) dans leur étude sur des parents « récalcitrants » dans un hôpital pédiatrique, ce qui est qualifié de comportement problématique repose à la fois sur les définitions de la déviance formulées par les cliniciens et sur la « capacité organisationnelle à la gérer ». D'autres recherches ont mis en évidence la variabilité de cette capacité de contrôle du côté médical: depuis la rareté des lits psychiatriques sécurisés en milieu carcéral jusqu'à la possibilité, pour les pharmaciens, de signaler aux forces de l'ordre des clients demandant des opioïdes (Chiarello 2015; Lara-Millán 2021). Cette capacité inclut également la connaissance que les médecins ont de leurs patients – un savoir indispensable à la décision juridique, mais que les cliniciens peuvent mobiliser stratégiquement lors des audiences (Decker 1987; Heimer 1999; Kelly et al. 2015).

Prendre pour objet la capacité de contrôle des professionnels permet de mieux préciser ce qui distingue les hospitalisations sans consentement comme forme hybride d'intervention. Les programmes de réhabilitation ordonnés par les tribunaux, qui intègrent la thérapie au sein du système pénal, permettent d'imposer une discipline intensive sur une période prolongée (Gowan and Whetstone 2012; McKim 2008). De plus, ils peuvent réorienter les individus vers l'incarcération dès lors qu'ils sont plus jugés utilisables pour une poursuite de la subjectivation (McCorkel 2013; Whetstone and Gowan 2017). À l'inverse, les travaux sur les systèmes de santé mentale ont mis en évidence leur incapacité à assurer une surveillance continue après des hospitalisations généralement très brèves (Gong 2019; Rhodes 1991). Cela suggère que les objectifs ultimes des interventions de subjectivation peuvent aller des comportements superficiels des usagers (Halushka 2017; Winter and Clair 2023) jusqu'à leurs motivations ou identités plus profondes (Livne 2019; McKim 2008; Miller 2014).

Comme l'ont souligné les chercheurs travaillant sur d'autres dispositifs juridiques marqués par la rareté des ressources (tels que les audiences administratives ou correctionnelles), les acteurs médico-juridiques se heurtent souvent à l'impossibilité de contrôler les patients après la décision. Dans ce cas, ils cherchent à exercer ce contrôle à travers la procédure elle-même (Carlson 2017; Christin 2008; Feeley 1979; Kohler-Hausmann 2018). Cet article prolonge l'argument selon lequel c'est l'articulation entre la rareté des ressources et les obligations légales qui permet de comprendre les modalités des dispositifs hybrides (Kohler-Hausmann 2018; Lara-Millán 2021), en identifiant les différences dans les formes de subjectivation *utilisables* rendues possibles par ces contraintes. Je développe cette analyse à partir du cas des hospitalisations sans consentement, qui donnent à voir une situation particulière où la collaboration médico-juridique doit s'opérer dans le cadre formellement contradictoire d'une procédure prenant en compte à la fois des critères juridiques et une expertise médicale.

Données et méthodes

Les données proviennent d'une enquête plus large sur les institutions publiques chargées de la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux à Paris et à New York. Ces villes ont été choisies en raison de la convergence relative de leurs systèmes de santé mentale: par rapport à de nombreuses autres juridictions américaines, New York se rapproche davantage de Paris en termes de densité de psychiatres, de lits hospitaliers et d'offre de soins ambulatoires (Lutterman et al. 2017). Par ailleurs, la législation de l'État de New York en matière d'hospitalisation sans consentement accorde, comme en France, une large latitude aux psychiatres et prévoit une validation juridique ultérieure. Ce cadre diffère de celui de la Floride ou de la Californie, où les juges doivent approuver l'hospitalisation dans un délai de quelques jours (Treatment Advocacy Center 2020).

La comparaison entre Paris et New York permet ainsi de montrer comment les répertoires juridiques et la capacité de contrôle se déploient de manière dynamique à l'audience, tout en limitant le risque que les différences d'utilisabilité soient sur-déterminées par des écarts considérables de ressources ou de procédures juridiques. J'ai observé des audiences pendant trois mois sur chaque site en 2016 et 2017, avec un retour à Paris en 2018. Les audiences sont publiques, sauf lorsque des patients demandent le huis clos. J'ai signalé ma présence dans la durée au président du tribunal à Paris et au bureau Mental Hygiene Legal Service (MHLS) à New York, et je me suis présenté chaque jour au personnel du tribunal. À Paris, j'ai ponctuellement assisté à des entretiens préparatoires entre avocats et clients; pour le reste, je n'ai pas interagi avec les enquêtés pendant les observations. Dans cet article, j'analyse les patients comme des sujets, au prisme de leurs performances en audience plutôt qu'au regard de leur subjectivité, de leur identité ou de leurs trajectoires. Dans les citations de mes notes de terrain, je n'indique que le mois et l'année des audiences et des entretiens, sans dates précises, afin de préserver la confidentialité. La recherche est encadrée par le comité d'éthique de New York University (IRB-FY2020-3705).

À Paris, les audiences de contrôle initial des hospitalisations sans consentement se tiennent dans une salle d'audience unique au sein d'un hôpital psychiatrique. J'ai également assisté à cinq audiences d'appel au palais de justice de Paris, et à cinq autres dans un tribunal voisin. Chaque audience réunissait un juge unique (qui tournait chaque semaine) et un avocat commis d'office (différent chaque jour); les avocats de l'hôpital ou de la préfecture intervenaient rarement. Les 107 audiences observées portaient toutes sur la poursuite des soins sans consentement. Certains juges m'ont également autorisé à consulter des conclusions écrites anonymisées.

À New York, j'ai observé des audiences sur trois sites différents au sein d'un même *borough* (district), entre lesquels le juge municipal chargé des audiences de la semaine tournait. Le ressort de ces tribunaux couvrait une population d'un ordre de grandeur comparable à celle de Paris. Les audiences réunissaient les avocats des patients et des hôpitaux, les juges, ainsi que le psychiatre traitant. Elles portaient sur un éventail plus large de questions: la poursuite de l'hospitalisation (dite « retention and release », 66 cas), un traitement ambulatoire sans consentement (43), une médication sans consentement (55), rétention et médication simultanées (39) ou des questions administratives (3) ($n = 206$).

Le caractère structuré et répétitif des audiences m'a permis d'adopter des conventions de prise de notes abrégées pour saisir finement les échanges, que je retranscrivais immédiatement après chaque observation. J'ai estimé l'âge des patients à partir des déclarations en audience et leur genre à partir des prénoms et des pronoms utilisés. Si la littérature montre de manière récurrente que le degré de contrainte des interventions psychiatriques sans consentement varie selon l'appartenance raciale (Shea et al. 2022; Smith et al. 2022; voir, p. ex., Knight et al. 2022), mon dispositif d'observation ne permettait pas de recueillir de telles données. J'ai codé mes notes de terrain dans le logiciel d'analyse qualitative Dedoose. Par itérations successives, j'ai procédé par allers-retours entre les cas afin de classer des traits clés des audiences dans les deux sites (postures des patients vis-à-vis du traitement, décisions des juges, arguments des avocats).⁵ Des décomptes quantitatifs ont servi à étayer les résultats qualitatifs, confirmant par exemple qu'à New York les avocats contestent plus fréquemment les évaluations psychiatriques.

À New York, j'ai mené des entretiens avec vingt-quatre avocats, huit juges, neuf psychiatres ayant témoigné à l'audience et sept professionnels relevant d'autorités de contrôle publiques ou d'associations de défense des droits. À Paris, j'ai interrogé six juges, huit avocats, huit psychiatres et six acteurs publics chargés de la régulation des hospitalisations sans consentement. J'ai sollicité directement, en audience, les professionnels du droit que j'observais et j'ai contacté par courriel des associations de défense des droits des patients ainsi que des associations professionnelles. J'ai également recruté des cliniciens lors d'observations réalisées dans d'autres contextes (hôpitaux, structures ambulatoires).

J'ai combiné cet échantillonnage raisonné avec des recommandations d'enquêtes précédents (recrutement « en boule de neige »), en ciblant notamment des professionnels occupant des fonctions similaires sur des sites non observés. Les entretiens ont duré de trente minutes à deux heures et demie. Ils ont été enregistrés et transcrits par un locuteur natif (pour le français) ou par l'auteur. J'ai codé les entretiens en mettant l'accent sur l'explicitation des catégories mobilisées en audience (comme la *compliance*), l'identification de facteurs externes orientant les pratiques à l'audience (par exemple, les pressions au désengorgement exercées par les directions hospitalières) et la compréhension de processus non observés (comme la préparation des patients par les avocats en amont de l'audience). Je me suis également appuyé sur un ensemble de sources archivistiques et documentaires pour caractériser les répertoires juridiques et la capacité de contrôle (voir Supplément en ligne).

Cas et comparaison

Cette section examine, pour Paris et New York, les critères d'hospitalisation sans consentement, les répertoires pour les contester et la capacité de contrôle qui permet de les mettre en œuvre. On mettra en évidence, côté parisien, l'extension des droits des patients conjuguée à un renforcement des exigences étatiques en matière de contrôle

⁵Cette analyse exclut les audiences ouvrant un traitement ambulatoire sans consentement à New York. Celles-ci étaient souvent expédiées en moins d'une minute et n'avaient pas d'équivalent à Paris (voir Player 2015).

social, et, à New York, une montée des interventions sans consentement malgré des ressources en baisse.

Paris – Extension des droits, exigences renforcées

La « loi des aliénés » de 1838 a institué un modèle durable à deux voies pour l'hospitalisation sans consentement (Henckes 2010). La première relève du principe de *parens patriae* (devoir de l'État de protéger les personnes vulnérables) et autorise l'hospitalisation en cas de « troubles mentaux » rendant le « consentement impossible » et « nécessitant des soins immédiats sous surveillance constante ». Outre ces critères, la demande d'hospitalisation doit être accompagnée soit d'une requête d'un tiers (famille, etc.), soit d'un constat de « péril imminent » (Code de la santé publique, art. L.3212-1). La seconde modalité, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), mobilise le pouvoir de police de l'État. Elle permet à la préfecture, représentant de l'État dans chaque département, de solliciter l'hospitalisation de personnes dont les « troubles mentaux nécessitent des soins » et qui « compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (Code de la santé publique, art. L.3213-1) (voir [Tableau 1](#)).

Si le droit français a toujours permis aux patients de saisir un juge pour contester leur hospitalisation, ils bénéficiaient rarement de l'assistance d'un avocat et étaient souvent peu ou pas informés de ce droit, si bien qu'ils ne l'exerçaient presque jamais (Legohérel 2014). À la fin du XXe siècle, ce rôle limité du juge faisait de la France une exception au regard des normes européennes et internationales (Niveau and Materi 2007). Il en résultait aussi que la psychiatrie détonnait dans le cadre plus large de la politique nationale de « démocratie sanitaire », qui privilégiait le consentement et le libre choix des patients (Bouquet and Jaeger 2017; Ward et al. 2019).

En 2010, toutefois, le Conseil constitutionnel a jugé que « la protection de la santé des personnes atteintes de troubles mentaux » et « la prévention des atteintes à l'ordre public » devaient être mises en balance avec « la protection des droits » des patients (Conseil constitutionnel 2010). En 2013, cette exigence de judiciarisation a été formalisée: tous les patients doivent être présentés au juge au plus tard au bout de douze jours, avec la garantie de l'assistance d'un avocat (Robiliard and Jacquat 2017). La décision a confié aux juges le pouvoir de statuer sur le maintien à l'hôpital, mais non sur la médication sans consentement – à la différence de New York. Si les juristes français ont débattu des implications de cette réforme (Marques et al. 2015; Panfili 2016; Péchillon 2012), peu de travaux ont décrit comment elle a, concrètement, modifié l'usage du répertoire juridique.

Ces transformations juridiques se sont accompagnées de changements marquants, à la fois dans les attentes et dans la capacité de contrôle du système psychiatrique. Au milieu du XXe siècle, l'hospitalisation sans consentement a reculé jusqu'à frôler la désuétude: en 1985, seulement 10% des nouvelles admissions relevaient du sans consentement ([Figure 1](#)). Ce reflux tenait à l'organisation de la psychiatrie publique française, qui assigne à chaque secteur d'environ 70 000 habitants une équipe intégrée intra et extrahospitalière, permettant une surveillance et un suivi intensifs sans recourir à la contrainte juridique (Entretien réalisé auprès d'une association professionnelle de psychiatres, juillet 2016). À partir des années 1990, toutefois, les admissions sans consentement repartent à la hausse: la psychiatrie est confrontée à un

Tableau 1. ritères et procédures juridiques

	France	New York
Critères d'hospitalisation sans consentement	• « Troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne malade » ET • « État imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante » ET • Demande d'un tiers OU « péril imminent » OU • « Troubles mentaux nécessitant des soins » ET • « compromettant la sûreté des Personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (Code de la santé publique, art. L.3213-1)	• « Trouble mental nécessitant des soins et un traitement en milieu hospitalier » ET • « Altération du jugement telle qu'il lui est impossible de comprendre la nécessité de ces soins et de ce traitement » ET • « Menace substantielle de préjudice physique pour lui-même ou pour autrui »^o (Mental Hygiene Law, art. 9.01)
Mise en place du contrôle judiciaire	Rendu systématique en 2011 sous la pression des institutions européennes et du Conseil constitutionnel, dans un contexte de renforcement des droits des patients et d'affirmation croissante du pouvoir judiciaire.	Élargi dans les années 1960 et 1970 dans le cadre plus large du mouvement des droits civiques; les critères sont restés relativement stables par la suite, malgré certaines pressions en faveur d'un élargissement des mesures de contrainte.
Calendrier du contrôle judiciaire	Automatique après 12 jours	À la demande du patient (généralement après deux semaines)
Objet du contrôle	Maintien en hospitalisation uniquement	Maintien en hospitalisation; traitement médicamenteux sans consentement; soins ambulatoires ordonnés par le tribunal

^oPeut être satisfait par le constat d'une incapacité à subvenir à ses besoins fondamentaux en matière de nourriture, de vêtements et de logement (Boggs v. New York City Health & Hospital Corporation, 1987).

public de patients plus isolé et vulnérable, tandis que se réduisent les moyens dédiés aux soins ambulatoires comme aux hospitalisations (Eyraud and Moreau 2013).

Dans le même temps, l'État a exercé une pression croissante sur la psychiatrie pour qu'elle prenne une part plus active dans la gestion de la délinquance, de la criminalité et de la radicalisation islamiste (Velprey and Eyraud 2014). Des psychiatres ont exprimé leurs inquiétudes face au caractère « abusif » de certaines SPDRE, notamment « lorsque la municipalité s'en sert comme d'une solution pour écarter une personne jugée perturbatrice » dans la rue ou dans le logement social (entretien, psychiatre, août 2016). Les tribunaux se sont ainsi trouvés confrontés à un double défi: rendre les patients psychiatriques utilisables dans le cadre des nouvelles normes juridiques, tout en traitant des situations où les problèmes sociaux ou juridiques des personnes concernées n'étaient pas, aux yeux de certains cliniciens, utilisables pour une prise en charge médicale.

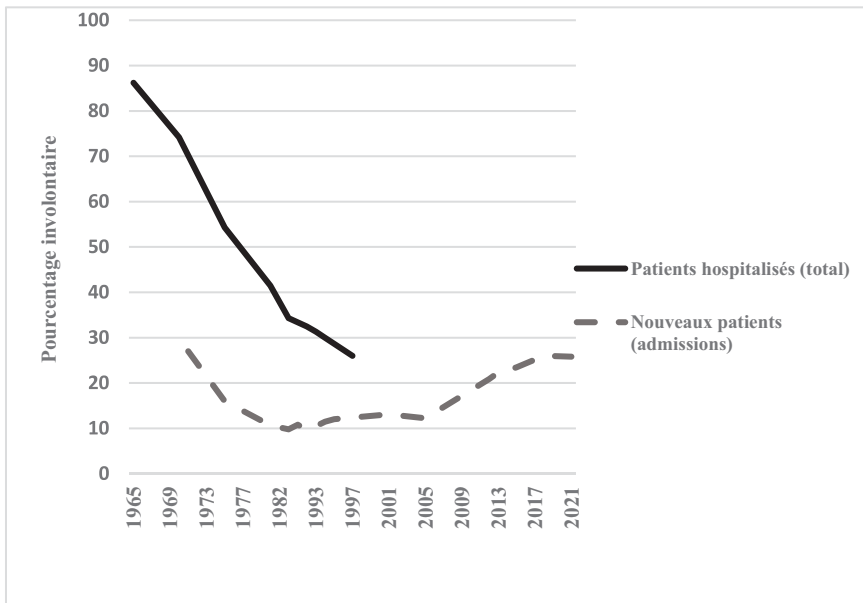


Figure 1. Part des patients psychiatriques hospitalisés sans consentement (France)*. *Données compilées à partir des rapports des Commissions départementales de soins psychiatriques.

New York – Pressions externes et baisse des capacités d'accueil

L'État de New York a longtemps ressemblé à la France du point de vue de la large latitude accordée aux psychiatres pour décider des hospitalisations en asile, avec un contrôle judiciaire limité (Dwyer 1988: 88). Au début des années 1960, un Special Committee (1962: 7) formé par l'ordre des avocats de l'État a estimé que ces procédures « ne satisfaisaient pas aux exigences constitutionnelles minimales ». Cette enquête a inspiré une réforme en 1964 qui a mis fin aux hospitalisations à durée indéterminée et créé un service juridique spécialisé, le Mental Health Information Service (plus tard renommé Mental Hygiene Legal Service, MHLS) (Mental Hygiene Law, art. 47). Les avocats du MHLS rencontrent les patients peu après leur admission et peuvent demander une audience à leur demande (voir Tableau 1). Environ 20% des hospitalisations donnent finalement lieu à une audience, généralement après deux semaines environ (Shea 2012).

La réforme a maintenu des critères de « besoin de traitement » similaires à ceux en vigueur en France, permettant une hospitalisation lorsqu'un soin hospitalier est « essentiel au bien-être de la personne » et que son « jugement est tellement altéré qu'elle est incapable de comprendre la nécessité de tels soins » (Mental Hygiene Law, art. 9.01). Toutefois, en 1983, les tribunaux ont ajouté la condition que la personne représente « une menace substantielle de préjudice physique » (Matter of Harry M., 1983). Dans *Rivers v. Katz* (1986), une cour d'appel a établi que les psychiatres devaient obtenir une ordonnance judiciaire distincte constatant l'absence de « capacité » pour pouvoir administrer un traitement médicamenteux sans consentement à une personne hospitalisée. En 1999, le législateur a créé un nouveau dispositif,

Tableau 2. Capacité de contrôle à Paris et à New York

	Paris	New York City
Durée moyenne d'hospitalisation (en jours)	31 (2014)	16,2 (2013)
Taux d'hospitalisations sans consentement (pour 100 000 habitants)	194 (2015)	340 (2012)*
Usagers du système public de santé mentale (en % de la population adulte)	3,8% (2014)	2,25% (2014)
Lits d'hospitalisation psychiatrique (pour 100 000 habitants)	79,3 (2015)	55,2 (2018)
Nombre de psychiatres (pour 100 000 habitants)	89,7 (2011)	41 (2014)

Note: Les statistiques présentées correspondent à l'année la plus proche du travail de terrain (2016–2017) pour laquelle des données étaient disponibles.

Sources: Department of Health and Mental Hygiene (2016); Office of Mental Health (2016); Reyes and Lejoyeux (2014); Atlas Santé Mentale.

l'Assisted Outpatient Treatment (AOT), permettant aux tribunaux d'imposer un traitement ambulatoire à des personnes ayant connu plusieurs hospitalisations ou ayant commis un acte de violence en situation de non-observance thérapeutique (Player 2015).

L'usage que les juristes font de ce répertoire juridique renouvelé, tant pour constater que pour prolonger les traitements sans consentement, est façonné par des évolutions plus larges des capacités de contrôle du système de soin. Dans les années 1980, les contraintes budgétaires ont conduit à une forte réduction du vaste système asilaire de l'État de New York (Weddle 1998). À New York, le nombre de lits psychiatriques par habitant est aujourd'hui inférieur d'environ un tiers à celui de Paris. Le système public de soins ambulatoires prend en charge 2,25% des adultes, contre 3,8% à Paris, et dispose de moins de la moitié de psychiatres par habitant qu'à Paris (données: Office of Mental Health 2016; Reyes and Lejoyeux 2014; voir Tableau 2). Plus important encore, les cliniques ambulatoires et les hôpitaux sont organisés de manière séparée, ce qui fait que les patients sont souvent sortis sans réel suivi (entretien, clinicien en soins ambulatoires, novembre 2016).

Estimation fondée sur les entretiens et les données disponibles concernant l'ensemble des hospitalisations (volontaires et sans consentement confondues).

Néanmoins, à New York, cette capacité de contrôle déjà réduite est de plus en plus sollicitée. Selon une enquête nationale menée en 2018, plus de la moitié des patients hospitalisés en psychiatrie l'étaient sans leur consentement (Figure 2), un chiffre atteignant 89% dans les établissements publics (SAMHSA 2019: 29). Les hospitalisations sans consentement sont fréquemment utilisées pour extraire des personnes souffrant de troubles mentaux de la prison ou comme alternative à la procédure de restauration des capacités (*competency restoration*) pour les prévenus déclarés inaptes à comparaître (entretien, Office of Mental Health, 1/2017). Plusieurs administrations municipales successives ont encouragé la police à conduire davantage de personnes sans abri vers les hôpitaux en vue d'une mise sans consentement (Mathieu 1993; Newman and Fitzsimmons 2022).

Bien qu'aucune donnée à l'échelle de l'État ne soit disponible, les estimations suggèrent que la ville de New York pourrait en réalité présenter un taux d'hospitalisations

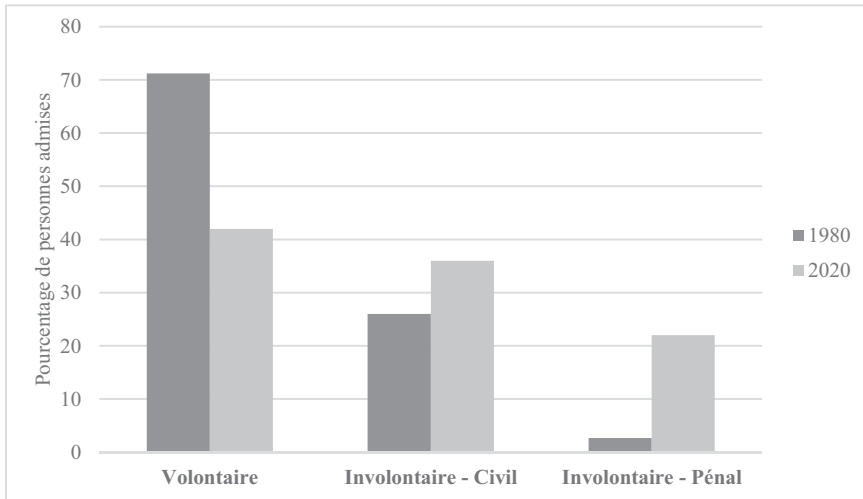


Figure 2. Patients hospitalisés selon le statut légal, 1980 et 2018 (États-Unis)*. *Données issues de Institute of Mental Health (1985) et de la National Mental Health Services Survey (2019). Aucune donnée de série temporelle comparable n'est disponible pour la France.

sans consentement plus élevé que Paris, mais avec une durée médiane de séjour plus courte: 14 jours contre 31 (sources: Atlas Santé Mentale, 2015; Department of Health and Mental Hygiene 2016).

Répertoires juridiques et droits des patients

Dans les deux cas, les avocats des patients mobilisent un répertoire juridique pour établir leurs clients comme des sujets dotés, au minimum, de certains droits. À Paris, ils se concentrent sur la régularité procédurale des hospitalisations tandis qu'à New York, les avocats valorisent l'opposition de leurs clients à l'expertise et au traitement psychiatriques. À Paris, ces pratiques mettent en évidence le monopole des psychiatres sur l'information nécessaire à l'évaluation de la prise en charge, tandis qu'à New York elles donnent à voir leurs difficultés à évaluer et à contrôler les patients.

Paris: déférence envers la médecine et droits procéduraux

Les directives parlementaires françaises concernant la mise en œuvre des audiences d'hospitalisation insistent sur le fait qu'il doit s'agir de « débats contradictoires » (Lefrand and Blisko 2012: 12). Autrement dit, les avocats et les juges ne doivent pas seulement mobiliser le répertoire du droit administratif pour évaluer les formalités bureaucratiques de l'hospitalisation, mais aussi examiner la justification sous-jacente de la mesure.

Cependant, les avocats des patients disposent de peu d'outils pour contester le respect de critères tels que « requiert des soins immédiats assortis d'une surveillance

Tableau 3. Arguments en faveur de la levée de l'hospitalisation ou contre l'hospitalisation sans consentement *

	New York	Paris		New York	Paris
Acceptation du traitement	39% (59)	46% (22)	Explication alternative du comportement	28% (43)	10% (5)
Absence de dangerosité	37% (56)	17% (8)	Effets secondaires	27% (42)	8% (4)
Capacité à vivre hors de l'hôpital	26% (40)	2% (4)	Traitement/hospitalisation inefficace	18% (28)	0% (0)
Alternative moins restrictive	21% (32)	N/A	Diagnostic alternatif	15% (23)	0% (0)
Trouble non sévère/amélioration	16% (15)	27% (13)	Manque d'information/de justification	9% (14)	21% (10)
Travail/famille/vie à l'extérieur	0% (0)	29% (14)	Argument procédural	1% (2)	32% (15)

*Analyse fondée sur l'ensemble des audiences au cours desquelles les avocats ont formulé un argument ou une déclaration en faveur de la levée de l'hospitalisation. N = 151 pour New York, 47 pour Paris.

constante » (Code de la santé publique, art. L.3213-1). En dehors des certificats médicaux déposés par les psychiatres (qui n'assistent pas aux audiences), la seule information disponible sur l'état mental des patients provient des patients eux-mêmes. Dans un quart des cas de mon corpus, les psychiatres déclarent leurs patients inaptes à comparaître. Parfois, la justification écrite paraît solide d'un point de vue juridique: « risque de fuite et de mise en danger; actuellement en chambre d'isolement et sous contention mécanique » (notes de terrain, salle d'audience A, 05/2017). D'autres fois, ils affirment plutôt la primauté d'une identité de patient sur une identité juridique: « Le patient est apte à assister, mais cela impliquerait une stimulation excessive susceptible de perturber les progrès thérapeutiques en cours » (notes de terrain, salle d'audience A, 05/2017).

Plutôt que de rendre des jugements oraux succincts, comme à New York, les juges parisiens rédigent leurs conclusions, susceptibles d'être examinées en appel. Faute d'autres informations, ils copient souvent les certificats médicaux directement dans leurs décisions. On voit ici l'interaction entre capacités et répertoires: le contrôle exercé par les psychiatres sur l'information limite la possibilité, pour le droit, de mettre en question leurs justifications médicales.

En pratique, la meilleure stratégie des avocats consiste plutôt à tenter de repérer l'une des centaines d'erreurs administratives possibles – par exemple vérifier si les patients ont signé certains formulaires à un moment précis (notes de terrain, formation juridique, 05/2017). En mobilisant le répertoire civiliste du légalisme bureaucratique (Bignami and Kelemen 2017), les avocats invoquent fréquemment ce type d'arguments (Tableau 3). Mais tous ne sont pas disposés à agir sur les erreurs qu'ils identifient.

Une femme âgée a été hospitalisée pour dépression dans le cadre d'une procédure d'urgence réservée aux personnes en « péril imminent ». Son psychiatre écrit qu'elle présente désormais des « symptômes psychotiques » et une anorexie aggravée. La patiente entre lentement, accompagnée d'une infirmière. Elle peine à expliquer sa situation, mais insiste: « Rien ne m'aide, et je n'ai pas choisi d'être ici. »

Lorsque le juge se tourne vers l'avocate, celle-ci déclare: « J'ai rédigé des conclusions », en identifiant l'absence de notification des droits de la patiente dans son dossier, puis ajoute: « Je ne vais pas vous les remettre, parce que je pense qu'il est important qu'elle reste ici, vu son état. » L'avocate me confie ensuite qu'elle a été soulagée lorsque le juge a autorisé la poursuite de l'hospitalisation, car, dit-elle, « je veux pouvoir dormir cette nuit » (notes de terrain, salle d'audience A, 05/2017).

Une défense active est plus fréquente dans le sous-ensemble de cas où les patients sont représentés par des avocats affiliés à des associations spécialisées, plutôt que par des avocats généralistes désignés à la journée par le barreau. J'observe ainsi une audience d'appel concernant un homme sans abri atteint de schizophrénie (absent à l'audience). Il était initialement venu à l'hôpital de son plein gré, mais a été retenu lorsqu'il a tenté de partir. Un juge avait ensuite ordonné sa libération, faute de date sur le document l'informant de ce changement de statut. L'hôpital a fait appel:

- Avocat du patient:** Selon le Code, un patient a le droit d'être informé de son admission et de ses droits dans un délai de 24 et 72 heures... Or, le formulaire qui l'en informe n'a pas de date.
- Avocat de l'hôpital:** Oui, il n'y a pas de date. Mais il y a une signature [du patient]. Il est évident qu'il a été informé. On ne peut pas tout faire parfaitement, il était malade, agité...
- Juge:** Cela laisse à penser que l'hospitalisation n'était pas conforme à la loi.
- Avocat de l'hôpital:** Peu importe ! Le patient est sans abri et ne veut maintenant plus sortir. J'ai contacté le psychiatre ce matin pour obtenir son certificat médical, mais il n'a pas voulu le fournir, car le patient suit actuellement son traitement de manière volontaire.
- Juge:** Il manque le certificat? Alors l'hospitalisation [sans consentement] est invalide.
- (Notes de terrain, salle d'audience B, 05/2017)

Ici, les juristes parviennent à faire valoir une interprétation stricte des droits procéduraux, mais même l'avocat du patient ne remet pas en question la qualification de la situation comme nécessitant une hospitalisation. La décision n'a d'ailleurs aucun effet immédiat sur le traitement du patient, puisqu'il est déjà passé en hospitalisation volontaire.

Les juridictions d'appel françaises ont finalement établi qu'« en aucun cas le juge ne peut se substituer au psychiatre dans l'évaluation médicale des troubles psychiques du patient » (Cour de cassation, 2017). Mais mes observations suggèrent que les juristes étaient déjà réticents à le faire, bien avant cette décision d'appel leur enjoignant de ne pas le faire. Un avocat précise ainsi sa conception du bon usage de son répertoire juridique: « une défense sérieuse n'empêche pas la personne d'être soignée... c'est juste qu'une privation de liberté doit être procéduralement correcte » (entretien, 07/2016).

Cette remarque montre comment même un usage actif du répertoire juridique peut contribuer à produire des sujets utilisables dans le cadre d'une hospitalisation prolongée.

Dans cette configuration, les droits sont *utilisables* plutôt qu'idéaux: le traitement coche les cases administratives, mais des appréciations psychiatriques priment sur les droits de fond.

New York – Contestation contradictoire de l'expertise psychiatrique

À New York, la légitimité juridique de l'hospitalisation psychiatrique se construit conformément aux rituels de la justice pénale. Les audiences s'ouvrent par le serment du psychiatre, suivi d'un contre-interrogatoire, puis vient le témoignage du patient et, enfin, les plaidoiries finales. Dans mon corpus, les avocats parisiens plaident la levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement dans seulement un tiers des audiences, tandis que les avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS) à New York soutiennent presque toujours la contestation par leurs clients de l'hospitalisation ou de la médication. Leur répertoire met en avant l'agentivité des patients, même lorsque son exercice ne semble pas aller dans leur intérêt. Ainsi, à Paris, les psychiatres déclarent le plus souvent que leurs patients sont « dans l'impossibilité » d'assister à l'audience; à New York, les avocats insistent sur le fait que leurs clients ont « refusé » de venir.

L'approche contradictoire des avocats s'appuie sur une conception des droits centrée sur l'usage des outils juridiques pour mettre à l'épreuve l'expertise psychiatrique. Considérons le cas d'un jeune homme amené aux urgences par sa famille:

Avocat du patient: Vous avez dit qu'il a tenu des propos délirants aux urgences?

Psychiatre: Oui.

Avocat du patient: Mais vous savez qu'il fume régulièrement du cannabis, n'est-ce pas?

Psychiatre: Oui.

Avocat du patient: Et maintenant il refuse de vous parler; on peut donc dire que vous n'avez aucune idée de ses symptômes actuels?

Psychiatre: Il est méfiant, il a un affect plat, il paraît préoccupé intérieurement... C'est compatible avec une psychose.

Avocat du patient: On peut avoir un « affect plat » et être « préoccupé intérieurement » sans trouble de la pensée [psychose], n'est-ce pas?

Quand le psychiatre a évoqué une menace suicidaire consignée dans le dossier médical, l'avocat a objecté qu'il s'agissait d'ouï-dire irrecevable. Dans un système fragmenté où les médecins passent très peu de temps avec les patients, ce type d'ouï-dire est pourtant central pour établir une évaluation experte (Barnard 2023). Le juge a fait droit à l'objection, constaté qu'en l'absence de cette pièce le psychiatre ne pouvait pas prouver que le patient se mettait en danger, et a ordonné sa libération (notes de terrain, salle d'audience 1, 01/2017).

Dans les audiences sur la médication sans consentement, les psychiatres doivent démontrer que les bénéfices des médicaments l'emportent sur leurs risques (Behnke et al. 2004). Les avocats du MHLS soutiennent parfois que le traitement est totalement inefficace, argument que je n'ai jamais entendu à Paris (Tableau 3). Malgré cela, sur 55 audiences portant exclusivement sur la médication sans consentement, les juges

ont toujours autorisé le traitement. Toutefois, dans un quart des cas où les juges donnent raison aux hôpitaux, ils retirent certains médicaments de l'ordonnance ou fixent des limites (apparemment arbitraires) à la durée pendant laquelle l'établissement peut retenir la personne. Ces usages de la discrétion judiciaire (ni prévus ni interdits par le New York Mental Hygiene Law) n'existent pas dans le répertoire des juges parisiens, qui ne peuvent, par la loi, que prononcer la fin de l'hospitalisation.

De telles modifications traduisent la manière dont les tribunaux dépassent leur rôle formel – statuer sur une demande de mainlevée formulée par un patient ou sur une requête médicale visant à autoriser un traitement – pour traiter les patients comme des sujets juridiques utilisables. Les choix des patients sont pris en compte dans un système disposant de ressources de contrôle limitées, même si leurs préférences réelles en matière de traitement ne sont pas respectées. Un psychiatre témoigne ainsi qu'une de ses patientes, une jeune femme atteinte de trouble bipolaire, n'a « pas la capacité » de refuser le traitement en raison de son « discours pauvre », de sa « paranoïa » et de ses réponses « non verbales ». L'avocat conteste alors la demande du médecin concernant la prescription de médicaments:

- Avocat du patient:** Vous demandez un thymorégulateur, mais vous n'en prescrivez pas actuellement?
- Psychiatre:** Non.
- Avocat du patient:** Vous essayez déjà d'administrer du Zyprexa [un antipsychotique] par injection, et ce médicament a des propriétés stabilisatrices de l'humeur?
- Psychiatre:** Oui, mais nous pourrions quand même avoir besoin d'un thymorégulateur, ce serait peut-être la manière la plus sûre et la plus rapide de la rétablir. J'aimerais pouvoir l'utiliser à ma discrétion.
- Avocat du patient:** Mais les thymorégulateurs ne sont pas disponibles en injection: elle peut donc simplement arrêter de le prendre à sa sortie?
- Juge:** Ça suffit! Je retire ce médicament de l'ordonnance.
(Notes de terrain, salle d'audience 1, 11/2016)

Ici, l'avocat recentre le débat sur l'état temporaire de la patiente à l'hôpital, plutôt que sur sa trajectoire dans le système psychiatrique dans son ensemble. Les juges, de leur côté, reconnaissent l'incapacité du système à assurer une *compliance* durable, en raison de la séparation organisationnelle entre les hôpitaux d'hospitalisation à temps complet et les structures de soins ambulatoires (à la différence notable de leur intégration à Paris): seuls la moitié des patients se présentent à leur rendez-vous post-hospitalisation (New York Health and Hospitals Corporation 2018).

Les avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS) n'adoptent pas un répertoire de contestation parce qu'ils nieraient la nécessité d'un traitement pour leurs clients; ils se concentrent plutôt sur la capacité limitée de la psychiatrie à le fournir. Quand je demande à un jeune avocat du MHLS s'il s'inquiète qu'un client suicidaire retourne dans la rue sans traitement, il me répond: « Je veux dire, même après deux semaines de plus d'hospitalisation, il retournera dans la rue, et il arrêtera quand même de suivre le traitement ». Il conclut: « La psychiatrie n'arrive pas à convaincre les gens qu'ils ont une maladie mentale. Elle n'a rien à offrir à mes clients, à part une normalité artificielle et éphémère » (Entretien, 09/2016). Les avocats du MHLS mettent ainsi

en œuvre une version fonctionnelle des droits des patients. Leur répertoire juridique inclut en théorie la possibilité d'engager des experts externes pour appuyer les déclarations de leurs clients selon lesquelles ils ne sont pas malades mentaux, mais je n'ai jamais observé une telle démarche. Ils choisissent plutôt de mettre en avant les limites de l'expertise psychiatrique et de veiller à ce que la résistance de leurs clients au traitement soit reconnue dans le processus juridique.

Capacité de contrôle et adhésion thérapeutique

Les professionnels du droit ne se contentent pas de mobiliser leurs répertoires pour défendre une part minimale des droits de leurs patients; ils contribuent aussi à la coopération médico-légale en utilisant ces droits pour amener leurs patients à devenir utilisables par la médecine. Autrement dit, il s'agit d'amener les patients à donner des signes de disposition au consentement ou à la *compliance* que les psychiatres, compte tenu de leurs capacités de contrôle limitées, jugent nécessaires à leur sortie. La comparaison entre les deux contextes met en évidence des différences dans la manière dont cette *utilisabilité* est définie – selon qu'elle repose sur des dispositions internes ou sur des comportements observables – ainsi que dans sa temporalité, entre consentement continu et *compliance* à court terme.

Paris — solliciter – et contourner – le consentement

Les exigences minimales prévues par la loi pour les audiences françaises imposent très peu d'interaction entre les patients et les juges. Ces derniers sollicitent les réactions des patients à propos de leur hospitalisation, mais peuvent ensuite rédiger leurs décisions sans les leur communiquer directement. Néanmoins, comme l'explique un juge: « J'aime rendre mes décisions directement aux patients. Les audiences ont un rôle pédagogique: elles permettent de parler de la valeur du traitement » (Entretien, 05/2017). Comme on le verra, de nombreux juges ont une vision plus optimiste du traitement psychiatrique que leurs homologues new-yorkais et encouragent le consentement des patients, même lorsque les critères légaux pour une hospitalisation sans consentement sont déjà remplis.

Une femme âgée est hospitalisée après que son équipe de secteur a constaté qu'elle ne se présentait plus à ses rendez-vous. Ses certificats médicaux mentionnent des « idées délirantes » et un « sentiment paranoïde de persécution ». Elle explique au juge que les gens dans le métro rient d'elle « comme si [elle] avait une tête de clown », et que, lorsque les infirmières sont venues avec les pompiers pour l'hospitaliser, elles lui ont dit de « sauter par la fenêtre ». Bien que les certificats établissent la nécessité d'un traitement sans consentement, le juge consacre un long moment à tenter de la convaincre d'accepter volontairement:

- Juge:** Vos médecins disent qu'il est encore un peu tôt pour sortir. Est-ce que vous êtes prête à leur faire confiance et à rester un peu plus longtemps?
- Patientte:** Je n'aime pas être à l'hôpital. Et je ne peux pas prendre ces médicaments toute ma vie. J'allais bien, alors j'ai arrêté.
- Juge:** C'est un peu comme un diabétique: il doit prendre son traitement toute sa vie. Si vous alliez bien, c'est probablement grâce au traitement.

- Patiente:** Ces médicaments [antipsychotiques] donnent le cancer du sein!
- Avocate du patient:** Je peux confirmer qu'elle présente des effets secondaires importants.
- Juge:** Je ne vais pas statuer sur la base d'observations « médicales » faites par un avocat. Vous devriez en parler à votre psychiatre. S'il y a un problème, il le saura.
- Le juge conclut:** « Officiellement, vous l'apprendrez en fin de journée, mais je vous garde ici, dans l'espoir que vous puissiez sortir avec un projet de soins solide » (Notes de terrain, salle d'audience A, 05/2017). Comme on le verra plus loin, les juges new-yorkais sermonnent eux aussi les patients sur la nécessité de suivre leur traitement. Mais ici, la référence à la « confiance » envers les médecins reflète une conception selon laquelle les patients sont utilisables pour le traitement contraint tant qu'ils n'ont pas encore développé une relation de coopération durable avec la psychiatrie.

Ces sollicitations répétées du consentement sont juridiquement paradoxales: un patient consentant ne devrait, en principe, plus remplir les conditions d'une hospitalisation sans consentement. Comme me l'explique un juge:

« [Décider la poursuite d'une hospitalisation] porte atteinte au droit constitutionnel de consentir aux soins... Mais, en audience, on est pris dans la situation: on a quelqu'un sans consentement qui vous dit "bien sûr que je vais prendre mon traitement". C'est compliqué... Nous, juges, devons vraiment nous demander: "ce consentement est-il valable?" » (Entretien, 04/2016)

Si les juges font preuve d'une grande déférence envers les certificats médicaux, ces derniers restent souvent ambigus sur cette exigence centrale, décrivant fréquemment les patients comme « ambivalents » face aux soins. Dans mon corpus, seuls 15% des patients expriment une opposition ferme à tout traitement.

Une jeune femme s'est présentée volontairement à l'hôpital après une tentative de suicide, mais son médecin a décidé de la placer sous statut d'hospitalisation sans consentement. Le certificat médical évoque une « ambivalence à l'égard des soins » ayant conduit à une « dégradation de la relation avec l'équipe [médicale] ». Sur le formulaire d'information, la patiente écrit: « Je refuse d'être hospitalisée sans mon consentement, car je prends mon traitement et je veux être hospitalisée volontairement dans un hôpital privé et voir un médecin [privé] spécialisé dans le psychotraumatisme. » Lors de l'audience, son avocate soutient: « Rien ne justifie une hospitalisation sans consentement: elle accepte son traitement, elle coopère, elle demande même à voir un médecin... Je ne vais pas vous lire le Code, mais c'est incohérent! » (en référence à la garantie légale du libre choix du professionnel de santé).

Le juge décide pourtant de maintenir l'hospitalisation, concluant qu'« il lui est impossible de consentir aux soins » et qu'elle « n'a pas pris la mesure de la gravité de sa tentative de suicide ». La preuve: son insistance à consulter un médecin privé spécialisé dans le traumatisme plutôt que dans la psychose (Notes de terrain, salle d'audience C, 10/2018).

Ce cas illustre l'existence de définitions potentiellement divergentes du consentement utilisable. L'argument le plus fréquemment mobilisé par les avocats consiste à citer la volonté déclarée des patients de prendre leur traitement comme preuve que l'efficacité même de la psychiatrie – en atténuant les symptômes – signifie que les patients ne remplissent plus les conditions minimales justifiant la poursuite de l'hospitalisation (Tableau 3). Mais les psychiatres demandent souvent aux juges de leur accorder davantage de temps pour « consolider le traitement » et « préparer la sortie » (notes de terrain, salle d'audience A, 06/2016, 05/2017). Dans le système de secteur français, le même psychiatre conserve la responsabilité du patient après sa sortie. Mais les médecins ne peuvent imposer un traitement que dans le cadre de l'hospitalisation (Legrand 2022). Ainsi, pour les psychiatres, même un patient affirmant vouloir se soigner peut rester utilisable pour une hospitalisation contrainte si ce consentement paraît trop incertain pour garantir le contrôle en ambulatoire.

Le répertoire des juges parisiens leur offre une manière de concilier ces tensions. Lors des formations juridiques, il leur est rappelé que « le premier droit » est « le droit aux soins » (ENM 2013) – une conception des « droits » absente du cadre juridique new-yorkais. Nombre d'entre eux considèrent que, du fait des restrictions budgétaires, ce droit s'affaiblit: comme l'explique une juge, elle conçoit ses ordonnances de maintien d'hospitalisation comme un avertissement adressé à l'administration hospitalière pour qu'elle ne pousse pas les psychiatres à sortir trop vite leurs patients (entretien, 06/2016). Puisque – sauf erreur procédurale manifeste – les juges trouvent rarement un motif de levée d'hospitalisation, ils sont de bonne foi lorsqu'ils expliquent aux patients que le moyen le plus rapide de retrouver la liberté est de faire confiance à l'équipe médicale.

Les psychiatres, pour leur part, soulignent que les audiences améliorent la relation entre médecin et patient. Elles permettent de détourner la frustration des patients, non plus vers le personnel médical – auteur des certificats justifiant l'hospitalisation – mais vers les juges – qui signent les ordonnances prolongeant formellement la mesure (entretien, psychiatre, 04/2016). Les audiences contribuent ainsi à produire des patients utilisables: pas suffisamment consentants pour être libérés, mais jugés capables, à travers la poursuite du traitement sans consentement et un léger cadrage juridique, de retrouver progressivement leurs droits tout en restant sous contrôle après la sortie.

New York— négocier la compliance à court terme

À New York, les patients restent utilisables pour l'hospitalisation tant qu'ils n'ont pas montré de *compliance*, réduite par les juges à une prise temporaire de médicaments durant l'hospitalisation. Cette conception restrictive apparaît clairement lors d'une audience relative à un traitement imposé à un homme âgé transféré d'une maison de retraite. Son refus de communiquer avec l'équipe de soins a empêché toute précision diagnostique au-delà d'une « psychose non spécifiée ». Le juge suppose néanmoins qu'il est capable de reconnaître la valeur d'un engagement dans le traitement:

Avocat du patient: [au psychiatre] Il n'y a aucune garantie qu'il ira mieux avec les médicaments, n'est-ce pas?

Psychiatre: Eh bien, c'est...

- Juge** [interrompant le psychiatre]: Bien sûr que non ! [au patient] Écoutez, vous voulez rentrer chez vous?
- Patient:** Oui, mais ces trucs [les médicaments], c'est du poison !
- Juge:** Si vous voulez rentrer chez vous, il faut les prendre. [au psychiatre] Combien de temps avant que le thymorégulateur atteigne un niveau thérapeutique?
- Psychiatre:** En général environ une semaine, mais nous préférons les garder un peu pour observation...
- Juge:** Très bien, j'ordonne les médicaments, mais vous ne pouvez le garder qu'une semaine, à condition qu'il les prenne. (Notes de terrain, salle d'audience 2, 01/2017)

Les juges partent du principe que « les médicaments psychiatriques sont, en effet, utiles sans équivoque pour tous les patients » (Gong 2017, p. 214). Mais même les psychiatres présentent les « bénéfices » du traitement comme « la possibilité d'être autorisé à sortir » et le « coût » du refus comme « le maintien à l'hôpital » (notes de terrain, salle d'audience 1, 11/2016).

En dépit de leur posture contradictoire, les avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS) reconnaissent eux aussi leur rôle dans la production de patients utilisables pour les hôpitaux. Comme me le confie une avocate chevronnée: « Je déteste les médicaments, je les trouve terribles. Mais nous, les avocats du MHLS, on finit par convaincre les gens d'en prendre. Nous réussissons beaucoup mieux que le personnel de l'hôpital. » Elle ajoute: « Nous, on ne parle pas d'*insight* – du fait d'accepter ou non son diagnostic –, on dit simplement: “voilà ce que l'hôpital attend: du contrôle de soi et une adhésion minimale au traitement” » (Entretien, 11/2016). Sachant que les juges concluent rarement que les patients ne remplissent pas les critères légaux d'une intervention sans consentement, les avocats savent que négocier autour de l'acceptation du traitement reste le moyen le plus efficace d'accélérer la sortie.

Cela vaut même dans les affaires de maintien en hospitalisation où cette acceptation n'est pas un critère juridique (le droit se fondant formellement sur le risque de dangerosité). Un homme d'âge moyen, diagnostiqué schizophrène paranoïde, présentait une « agitation » lorsqu'il n'était pas traité. Lors du contre-interrogatoire, l'avocate du MHLS négocie avec le psychiatre sur la posologie:

- Avocate du patient:** Seriez-vous prêt à réduire la dose de son injection de 400 à 300 milligrammes?
- Psychiatre:** C'est possible... Pas certain que ce soit thérapeutique...
- Avocate du patient:** Donc vous le feriez?
- Psychiatre:** La dose actuelle est celle qui a le plus de chances de le maintenir dans la communauté et d'éviter les bagarres, mais... je veux bien essayer.

Une fois cet accord obtenu, l'avocate encourage son client à s'engager dans le traitement:

- Patient:** Ces médicaments me rendent malade, et je n'ai pas la maladie [schizophrénie] pour laquelle ils sont prescrits.
- Avocate du patient:** Vous vous sentiriez mieux avec une dose plus faible?

- Patient:** Je suppose que plus elle est basse, mieux c'est.
- Avocate du patient:** Donc, si le médecin la prescrivait, vous accepteriez de la prendre?
- Patient:** Je n'en veux pas, mais s'ils insistent, je la prendrai... sous forme orale.
- (Notes de terrain, salle d'audience 1, 12/2016)

Dans ce cas, les psychiatres estiment qu'un passage d'une injection mensuelle à un comprimé quotidien risque d'accélérer le retour du patient à une absence d'adhésion au traitement. Mais ils comprennent aussi que participer à ces négociations fait partie du maintien d'une relation de travail avec le tribunal – et, par là, du maintien d'un minimum de contrôle (entretien, psychiatre, 01/2017). Ici, le juge demande au psychiatre de libérer le patient sous Assisted Outpatient Treatment (AOT) s'il accepte la dose réduite.

L'AOT constitue en effet un mécanisme permettant de concilier la capacité de contrôle limitée de la psychiatrie avec un répertoire juridique valorisant le choix du patient. Bien qu'il ait fait l'objet de vives critiques de la part des défenseurs des libertés civiles (voir Gong 2017), de nombreux avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS) apprécient le fait que ces injonctions judiciaires à suivre un traitement hors de l'hôpital – soutenues par la menace d'une réhospitalisation en cas de refus – modifient les calculs de leurs clients. Comme l'explique l'un d'eux:

« J'ai eu un client avec 28 hospitalisations, et pour lui, l'AOT avait du sens. Les gens veulent rester hors de l'hôpital. Ce dispositif leur donne une raison de prendre leurs médicaments. Personne ne dit jamais: « Tu sais, je préférerais être dans un hôpital psychiatrique », même quand il vit dans un foyer pour sans-abri. » (Entretien, avocat, 12/2016)

Lors d'une audience concernant un homme d'âge moyen, l'avocat du MHLS informe le juge: « Mon client s'oppose à l'ordonnance d'AOT » (celle-ci lui permettrait de quitter l'hôpital à condition d'accepter un antipsychotique injectable et de se présenter chaque mois à un rendez-vous ambulatoire). Le juge répond: « Avez-vous expliqué à votre client que, s'il obtient gain de cause, il risque de rester longtemps à l'hôpital? Pourquoi ne pas vérifier avec lui qu'il veut vraiment maintenir son opposition? » Puis, s'adressant directement au patient: « Je veux que vous réfléchissiez sérieusement. Si vous quittez l'hôpital, vous aurez besoin d'un AOT... Mais j'ai des doutes sur votre capacité à suivre le traitement. J'ai besoin de voir que vous êtes vraiment impliqué. Sinon, je ne signerai pas l'ordonnance, et cela veut dire que vous resterez ici... pour un moment. »

La menace est exagérée. Les tribunaux n'ont pas, en réalité, le droit de bloquer une sortie demandée par l'hôpital (In re Manhattan Psychiatric Center v. Anonymous, 2002). Et, comme le reconnaît le juge en exigeant du patient qu'il promette d'accepter son traitement, même la menace d'une interpellation par le shérif a peu d'effet: seuls 12% des patients placés sous AOT et ramenés aux urgences à New York sont effectivement hospitalisés, faute de lits disponibles (Office of Mental Health 2019). Dans ce cas précis, l'avocat s'entretient avec son client, puis annonce: « Il ne s'oppose plus

à l'ordonnance d'AOT. » Le juge la signe et déclare: « Félicitations ! » (Notes de terrain, salle d'audience 2, 12/2016)

Il s'agit ainsi d'une adhésion utilisable: suffisante pour justifier le passage à une forme de contrôle moins coûteuse en ressources, mais pas au point de mettre fin complètement aux interventions sans consentement. Ni les avocats ni les psychiatres new-yorkais ne définissent, comme leurs homologues parisiens, le patient utilisable comme celui pour qui le traitement forcé pouvait constituer une étape vers une appropriation durable du soin psychiatrique.

Utilisabilité et conflit médico-légal

L'utilisabilité repose, en dernière instance, sur une décision judiciaire: les juges doivent s'assurer que les droits du patient ont été formellement défendus, tout en s'assurant que les critères d'hospitalisation restent remplis. De manière moins formelle, il s'agit d'évaluer si les psychiatres ont montré que, compte tenu des ressources disponibles, la poursuite des soins sans consentement permet encore d'exercer un contrôle suffisant sur la situation du patient. Cette dernière section examine des situations où les professionnels s'opposent sur la question de savoir si certains patients remplissent ces critères, tout en faisant apparaître une conception partagée des exigences minimales justifiant la poursuite de l'hospitalisation.

Paris— requalifier le comportement perturbateur en trouble traitable

Un quart des audiences que j'ai observées à Paris concernent des hospitalisations « à la demande d'un représentant de l'État » (SPDRE), fondées sur une « atteinte à la sécurité des personnes... [ou] à l'ordre public ». Dans tous les cas observés, les patients sont diagnostiqués comme présentant un trouble psychotique. 88% ont déjà été hospitalisés, 71% ont proféré une menace, détruit un bien ou commis un acte de violence juste avant leur hospitalisation, et 67% expriment clairement leur opposition à celle-ci. Pourtant, alors que trois des quatre patients de mon corpus ayant obtenu une levée d'hospitalisation relèvent du régime SPDRE, les décisions montrent que la capacité du patient à consentir ultérieurement à un traitement – bien qu'elle ne fasse pas partie des critères formels du SPDRE – demeure centrale dans l'évaluation de son utilisabilité, au même titre que la sécurité et l'ordre public.

Par exemple, une femme d'âge moyen a été hospitalisée après s'être rendue à plusieurs reprises à la préfecture de police pour se plaindre de ses voisins. Aux urgences, elle a été évaluée comme souffrant d'une psychose paranoïaque. La patiente s'est fermement opposée à son injection sans consentement, et son avocate soutient qu'« aucun risque pour l'ordre public n'a jamais été établi ». La préfecture, qui envoie parfois son propre représentant pour les audiences SPDRE, intervient alors:

Avocat de la préfecture: Je veux recentrer le débat. A-t-elle besoin de soins, oui ou non?

Avocate de la patiente: Ce n'est pas du tout la question! Elle n'a jamais été agressive envers qui que ce soit. Quand elle est allée voir la police pour se plaindre de ses voisins, ils ont simplement dit avoir « détecté une souffrance » et l'ont hospitalisée.

- Avocat de la préfecture:** Regardons vers l'avenir: va-t-elle prendre son traitement d'elle-même? Nous avons quatre médecins qui affirment qu'elle a besoin de soins. Il faut faire quelque chose.
- Avocate de la patiente:** Et nous avons une autre expertise qui dit qu'elle « a la capacité de prendre des décisions et une alliance thérapeutique » et qu'elle « ne présente aucun risque pour l'ordre public. »
- Avocat de la préfecture:** Même ce médecin parle de « fragilité psychique. »
- Juge:** [à la patiente] Vous devez comprendre que nous ne sommes pas dans une situation pénale. Il ne s'agit pas de culpabilité. [s'adressant à tous] Nous avons une femme qui ne va pas bien, et nous devons déterminer ce qui est le mieux pour elle. C'est dans cet esprit que je rendrai ma décision.

Par la suite, le juge décide de désigner un autre expert psychiatre, en notant de façon hypothétique: « Même si on lui administrait une injection lourde après qu'elle a tué trois personnes, j'aurais besoin de savoir si ce traitement est vraiment nécessaire. »

Sa décision est, à certains égards, surprenante: si la patiente fait appel, la question du risque pour l'ordre public sera centrale. Néanmoins, le juge préfère centrer son raisonnement sur le bien-être de la patiente et sa capacité à accepter un traitement, considérés comme des éléments essentiels à la légitimité du soin psychiatrique imposé. Lorsque l'expert externe estime que la patiente peut consentir de manière fiable à un suivi ambulatoire, le juge met ainsi fin à l'hospitalisation (notes de terrain, salle d'audience A, 06/2016).

La patiente n'est donc pas utilisable pour une hospitalisation sans consentement, mais uniquement parce que son consentement la rend utilisable pour un traitement ambulatoire; son attitude permet ainsi de concilier les deux impératifs: répondre à son besoin de soins tout en apaisant les inquiétudes relatives à la menace qu'elle était censée faire peser sur l'ordre public.

D'autres affaires concernent le critère SPDRE relatif au risque pour la « sécurité des personnes ». Les juges expriment parfois leur crainte d'une responsabilité juridique s'ils relâchent un individu potentiellement dangereux, bien qu'aucun enquêté n'ait pu citer de cas où un juge aurait été tenu responsable d'une telle décision (entretien, association professionnelle de juristes, 05/2017).

Cette inquiétude transparait cependant dans plusieurs affaires, notamment celle d'un homme d'âge moyen, diagnostiqué schizophrène, déjà hospitalisé à de multiples reprises pour avoir cassé des vitres, escaladé des monuments ou exhibé ses parties génitales devant des mineurs, et refusant systématiquement tout traitement. Placé en SPDRE après une tentative de suicide apparente, son psychiatre demande désormais sa sortie, contre l'avis de la préfecture. Le juge lit avec incrédulité un certificat médical affirmant que: « Le traitement psychiatrique imposé à un patient qui se perçoit comme un artiste s'est révélé très dépressiogène et a conduit à sa tentative de suicide... Ce patient peut porter atteinte à l'ordre public mais ne présente pas de "dangerosité." »

Avocate du patient: Le médecin n'a pas hésité à certifier qu'il pouvait sortir.

- Juge:** C'est absurde. Son avis médical revient presque à dire qu'il n'a plus besoin de soins.
- Avocate du patient:** J'ai du mal à comprendre qu'on dise « nous ne sommes pas médecins » quand il s'agit de prolonger une hospitalisation, mais que, quand un médecin estime qu'un patient peut sortir, on s'y oppose.
- Juge:** Regardez ce certificat ! Il y a soixante-douze heures, il était en « danger imminent », et maintenant le traitement serait « une atteinte injustifiée à son expression artistique » ? Je ne peux pas baser ma décision sur un psychiatre qui change d'avis comme de chemise.

Le psychiatre ayant lui-même reconnu que le patient était malade et constitue une menace pour l'ordre public, la juge peut déjà décider de maintenir l'hospitalisation. Elle choisit pourtant de demander une nouvelle expertise (notes de terrain, salle d'audience A, 05/2017). L'argument surprenant du psychiatre s'explique peut-être par une tactique évoquée lors des entretiens: tenter de convaincre les juges de relâcher certains patients, placés à plusieurs reprises à la demande de la préfecture, dont le comportement perturbateur dépasse les capacités de contrôle ou de prise en charge des équipes (entretien, psychiatre, 04/2016). Ces audiences aboutissent d'ailleurs bien plus souvent à une levée d'hospitalisation que celles tenues automatiquement après douze jours (Ministère de la justice 2019). Les juges peuvent ainsi entrer en désaccord avec les psychiatres sur la question de la priorité entre sécurité publique et approche médicale. Mais ils partagent largement une même conception de ce qui rend un patient utilisable pour l'hospitalisation: une incapacité temporaire à consentir, liée à un trouble mental identifiable, et qu'un traitement approprié est censé pouvoir surmonter.

New York— contrôle comportemental et patients non utilisables

Sur le plan formel, le maintien d'un patient en hospitalisation sans consentement à New York exige qu'il réponde à un critère strict: représenter « une menace substantielle de préjudice physique pour lui-même ou pour autrui » (*Matter of Harry M 1983*). En pratique, toutefois, les juges interprètent ce critère de « menace » de façon très souple.⁶

Dans le cas d'un jeune homme diagnostiqué schizophrène, le psychiatre décrit une série de symptômes, tandis que l'avocat de l'hôpital concentre son argumentation sur une seule source de danger potentiel:

- Psychiatre:** Le patient est venu de lui-même pour une blessure à l'œil, mais il a été transféré en psychiatrie parce qu'il tenait des propos incohérents. Il affirmait être acteur dans une pièce intitulée

⁶La menace peut être établie par le constat d'une incapacité à subvenir à ses besoins fondamentaux en matière de nourriture, de vêtements ou de logement (*Boggs v. New York City Health and Hospitals Corporation 1987*). Dans mon corpus, cet argument est invoqué plus fréquemment que les menaces directes ou les actes de violence, notamment pour le tiers des personnes observées qui étaient sans abri au moment de leur hospitalisation.

Clockus, avoir sept filles et sept épouses, et vouloir un diagnostic « avec plus de texture ». Il récitait aussi des rimes insensées, disant qu'il était « né à Dorn ».

Avocat de l'hôpital: Et cette blessure à l'œil, elle montre qu'il est en danger?

Psychiatre: [hésitant] Eh... oui, s'il ne prend pas ses médicaments, il risque une infection.

La juge tranche: « Vous allez rester [à l'hôpital], » mais ajouta qu'il pourrait sortir « d'ici trois ou quatre jours », sauf s'il « refusait de prendre son traitement » (notes de terrain, salle d'audience 1, 01/2017). Ainsi, elle ne fait jamais référence à la « menace » évoquée par l'avocat de l'hôpital, se concentrant uniquement sur l'observance médicamenteuse à court terme.

Comme à Paris, les juges new-yorkais considèrent les patients comme utilisables pour une hospitalisation prolongée tant qu'ils ne démontrent pas qu'ils sont « sous contrôle » – que ce contrôle soit exercé par les psychiatres ou par les patients eux-mêmes. Mais que se passe-t-il lorsque les patients refusent obstinément toute négociation et rejettent tout traitement, rendant impossible cette garantie de contrôle? Dans certains cas, les avocats du Mental Hygiene Legal Service (MHLS) peuvent soutenir que le comportement temporairement conforme des patients – leur respect apparent des règles de l'hôpital, visible à la fois pour les acteurs juridiques et psychiatriques – suffit à démontrer qu'ils ne remplissent plus les conditions légales pour être maintenus sans consentement.

Une femme âgée, amenée aux urgences après avoir appelé la police à propos de son voisin, y a proféré des accusations menaçantes, affirmant que ses voisins la volaient. C'est sa cinquième hospitalisation en autant de mois. Le psychiatre la décrit comme « hostile », « intrusive » et « paranoïaque », autant de « facteurs de risque majeurs », d'autant qu'elle refuse tout traitement médicamenteux. Mais lors du contre-interrogatoire, l'avocat du MHLS recentre immédiatement le débat sur son comportement dans le service et écourte les réponses du psychiatre:

Avocat du patient: Elle n'a fait que des menaces vagues, n'est-ce pas?

Psychiatre: Oui, mais...

Avocat du patient: Elle n'a aucun antécédent de violence?

Psychiatre: Non, mais nous avons eu des signalements de harcèlement...

Avocat du patient: Aucune altercation physique dans le service?

Psychiatre: Non, mais nous craignons plutôt...

Avocat du patient: Elle n'a pas eu de comportement suicidaire?

Psychiatre: Elle a fait une tentative en 1998...

Avocat du patient: Donc rien de récent.

La juge s'adresse alors directement à la patiente, notant qu'elle ne remplit pas le critère de menace: « Vous présentez un fort sentiment de persécution lié à des vols imaginaires, ce qui semble infondé et irrationnel. Est-ce que cela fait de vous un danger pour autrui? Non. Essayez simplement d'arrêter d'appeler la police et de revenir à l'hôpital. » Elle conclut: « Je ne peux pas vous retenir », puis demanda à l'avocat du MHLS de « l'aider à faire changer les serrures de son appartement » (notes de terrain, salle d'audience 1, 12/2016).

Ces tensions autour de ce qui constitue une *compliance* suffisante pour juger de l'« utilisabilité » apparaissent clairement dans le cas d'un homme d'âge moyen atteint de schizophrénie. Le psychiatre explique qu'il a été admis à l'hôpital après avoir exprimé des « idées d'homicide » envers un voisin de son immeuble. Lors du contre-interrogatoire, l'avocat du Mental Hygiene Legal Service évite toute question sur l'observance du traitement et enchaîne une série rapide de questions sur d'éventuelles menaces actuelles, sur le recours à la contention dans le service et sur ses relations avec le personnel. Après chaque « non », il interrompt le psychiatre – une manière de canaliser l'expertise typique du répertoire de défense pénale new-yorkais. Le patient prend ensuite la parole. À la question: « Souffrez-vous d'une maladie mentale? », il reste évasif. L'avocat adopte alors un ton plus direct:

- Avocat du patient:** Vous allez vivre ailleurs?
Patient: Oui, vous pensez que l'assistante sociale pourrait m'aider à trouver... [l'avocat l'interrompt].
Avocat du patient: Vous voulez faire du mal à quelqu'un?
Patient: Non.
Avocat du patient: Et si ça arrivait, vous iriez aux urgences?
Patient: Oui.

Le juge tranche rapidement: « Au vu des éléments présentés à cette audience, la demande de levée d'hospitalisation est accordée. », tandis que le psychiatre proteste: « Il a été admis deux jours seulement après sa dernière sortie! » (notes de terrain, salle d'audience 2, 01/2017). Alors que le psychiatre cherche à obtenir un minimum de *compliance* médicamenteuse – sans doute pour éviter une nouvelle réadmission –, le tribunal valorise ici la manifestation visible d'une conformité comportementale minimale.

Ces stratégies s'appuient sur plusieurs ressorts du répertoire juridique new-yorkais: le contre-interrogatoire contradictoire, la souplesse d'interprétation du critère de « menace » et la possibilité de contester les témoignages portant sur le comportement des patients hors de l'hôpital. Mais l'efficacité de cette tactique – insister sur le comportement visible plutôt que sur le traitement – varie, car les juges se montrent inconstants dans leurs décisions face à ce type de témoignages indirects. Le chef du service de psychiatrie d'un hôpital public résume la situation:

- Psychiatre:** Les décisions sont imprévisibles. Tout dépend du juge et du jour.
Sociologue: Vous voyez quand même un certain schéma dans les sorties?
Psychiatre: Pas vraiment. Il faudrait qu'on explique aux juges qu'on peut très bien se présenter calmement à l'audience, même si, la veille, le patient a jeté une table et une chaise parce qu'il n'aimait pas son repas... Certains savent très bien se tenir dix minutes au tribunal, et ensuite ils sortent, se droguent, prennent une brique et frappent quelqu'un – c'est comme ça qu'ils sont arrivés ici (entretien, 01/2017).

Comme à Paris avec les patients refusant catégoriquement tout consentement, les patients farouchement non-compliants à New York peuvent provoquer des affrontements entre juges et psychiatres. Mais les hôpitaux font rarement appel des décisions défavorables: « Ils ont des centaines de patients, et de nouveaux arrivent chaque jour. Ils sont débordés. Si quelqu'un doit partir, ils le laissent partir » (entretien, juge,

12/2016). Même dans ces moments de tension, les acteurs juridiques et médicaux reconnaissent qu'une partie des patients ne peut tout simplement pas être utilisable, compte tenu des limites de la capacité de contrôle du système et d'un répertoire juridique centré sur la mise en scène d'une maîtrise comportementale devant le tribunal.

Discussion et conclusion

Cet article montre comment, même dans les audiences d'hospitalisation sans consentement à caractère contradictoire, avocats, juges et psychiatres collaborent pour classer la plupart des patients comme des sujets utilisables. Chez Goffman, ces sujets sont « façonnés et codés » de manière à pouvoir « être intégrés dans la machinerie administrative [...] pour être traités sans heurts par des opérations routinières » (Goffman 1961: 16). Autrement dit, les performances en audience valorisent certains aspects des droits des patients – les rendant utilisables pour le droit – tout en suscitant un minimum d'observance thérapeutique qui justifie la poursuite de l'hospitalisation tout en accélérant la levée – les rendant utilisables pour la médecine. Dans cette conclusion, je discute des implications de ces résultats pour la recherche autour des rapports entre droit et médecine, en précisant les formes d'utilisabilité mises en évidence par l'enquête et les limites de ce cadre d'analyse.

Ma recherche met en lumière les fondements pratiques de la collaboration médico-légale dans un contexte où les zones de recoupement entre ces deux sphères s'étendent (Levitsky 2013; Morse 2019; voir, par ex., Heimer 2025). Il contribue ainsi à identifier les exigences spécifiques – parfois divergentes – de chaque groupe professionnel dans ces interactions. Dans la mesure où une fonction centrale du droit est de « rendre certains actes légitimes et d'autres illégitimes » (Heimer 1999: 44), les répertoires juridiques traduisent la multiplicité des stratégies que les juristes mobilisent pour légitimer leurs interventions dans des domaines qui ne relèvent pas traditionnellement du juridique. Lorsque le rôle des juristes est solidement établi (comme à New York), ils peuvent contester directement l'expertise d'autres professions; lorsqu'il est plus fragile ou moins reconnu (comme à Paris), ils s'appuient davantage sur le procéduralisme (voir aussi Crooke 2024). Les professionnels de santé, pour leur part, cherchent avant tout à maintenir le contrôle de leur travail professionnel (Abbott 1988; Freidson 1973) dans un contexte où leur juridiction sur les patients – autrefois quasi exclusive – tend à devenir partagée.

Le cadre d'analyse proposé invite ainsi à prêter attention à la direction du mouvement entre champs – selon que la médecine pénètre l'espace juridique, ou que le droit s'introduit dans la pratique médicale (voir aussi Chiarello and Morrill 2020). Cette orientation détermine la priorité donnée à la légitimité ou au contrôle. Ces deux objectifs apparaissent, d'après mes données de terrain, comme les moteurs principaux des stratégies par lesquelles les professionnels cherchent à rendre les acteurs non professionnels utilisables: c'est-à-dire à les amener à agir d'une manière qui rend leur propre intervention à la fois justifiée et efficace. Cependant, selon qu'il s'agit de sujets médicaux dotés d'une identité juridique additionnelle (comme les patients), ou de sujets juridiques soumis à une intervention médicale (comme les demandeurs d'asile ou les prévenus), les types de ressources de contrôle et de répertoires professionnels mobilisables s'en trouvent limités.

L'attention portée dans cet article à l'utilisabilité s'inscrit dans un tournant plus large des recherches sur les groupes professionnels, qui mettent désormais l'accent sur

la manière dont ceux-ci traitent des tâches et problèmes concrets, plutôt que sur leurs seuls intérêts juridictionnels (Eyal 2013). La subjectivation ne relève pas seulement d'un mot d'ordre abstrait dans les interventions contemporaines en santé, en droit ou dans le travail social (voir, par ex., Dubois 2003; Kaye 2013; Livne 2019; Soss et al. 2011); elle s'incarne concrètement dans le fonctionnement quotidien d'institutions contraintes par leurs ressources, où l'efficacité du traitement des patients, des usagers ou des prévenus repose sur une convergence professionnelle autour de ce qu'est un résultat minimalement satisfaisant – y compris pour ceux qui ne parviennent pas à devenir des sujets modèles. En mettant en regard les cas de Paris et de New York, nous pouvons préciser les formes spécifiques que peut prendre ce standard négocié.

Les travaux de recherche montrent qu'aux États-Unis, la *compliance* – qu'il s'agisse de l'observance d'un traitement prescrit (Castellano 2011; Conrad 1985; Gong 2017) ou du respect de normes comportementales imposées par des programmes (Halushka 2017; Phelps and Ruhland 2022; Winter and Clair 2023) – est devenue une cible centrale des interventions des professionnels du contrôle social. En théorie, la *compliance* renvoie au maintien d'une autodiscipline continue dans la communauté. Mais si les cliniciens new-yorkais cherchent à développer chez leurs patients une forme de « lucidité » ou de « conscience de la maladie » favorisant l'autogouvernement (Gong 2017: 214, 204), les acteurs juridiques, eux, sont pleinement conscients des limites de la psychiatrie à atteindre cet objectif. Ils se concentrent donc sur la négociation d'une *compliance* temporaire à l'hôpital – utilisable à la fois pour un système juridique censé prendre en compte les choix des patients et pour un système médical qui doit assurer des sorties rapides. Cependant, lorsque les patients refusent clairement toute négociation, la coopération médico-légale se désagrège. Non pas parce que les patients échouent à atteindre un idéal d'autonomie, mais parce que le contrôle comportemental temporaire qu'ils manifestent les rend « utilisables » du point de vue médical, sans satisfaire aux exigences du droit.

Le cas parisien met en lumière d'autres modalités d'utilisabilité, lorsque les répertoires juridiques et la capacité de contrôle diffèrent. En France, le respect du consentement du patient est devenu un impératif juridique de plus en plus central (Bouquet and Jaeger 2017; Ward et al. 2019), tandis que l'incapacité à consentir constitue le critère fondamental de l'hospitalisation. Comme le montre Livne (2019: 199) à propos des soins palliatifs, l'effort des cliniciens pour fabriquer le « consentement » consiste à transformer des « sentiments volatils ou momentanés » face au traitement en une acceptation « fixe et solide » de la maladie et de sa finitude. Le consentement se distingue ainsi de la *compliance*: il renvoie à des dispositions sous-jacentes plutôt qu'à des comportements, et il est évalué par des experts en dehors de la salle d'audience, plutôt qu'à travers des manifestations visibles pendant celle-ci. Le cas parisien souligne également l'importance de la temporalité dans l'utilisabilité: le consentement ne doit pas être assez « fixe et solide » pour justifier la fin immédiate de l'hospitalisation, mais si aucune évolution vers un consentement plus profond ne semble possible, les psychiatres peuvent inciter les juges à mettre fin à des tentatives de contrôle devenues stériles.

Ce cadre permet d'envisager d'autres formes de sujets susceptibles d'être utilisables dans différents types d'interventions hybrides. L'« assentement » (*assent*), par exemple, désigne une acceptation superficielle et passive d'une décision déjà prise

par les professionnels (Anspach 1993: 87). Les équipes de néonatalogie qui encouragent les parents à approuver l'arrêt des soins intensifs pour des nourrissons illustrent la manière dont l'assentement devient utilisable dans des systèmes où les acteurs juridiques valorisent peu les droits (comme à Paris), mais où la médecine ne dispose pas non plus d'outils pour transformer réellement les préférences des sujets (comme à New York).

Inversement, dans les institutions disposant d'une forte capacité de contrôle et d'un répertoire juridique affirmé – comme les tribunaux de *problem solving*, où médecins et juristes travaillent conjointement sur la durée (Castellano 2011; Perlin 2017) –, l'objectif est souvent de susciter une coopération plus active de la part des justiciables. Même si les enquêtes empiriques montrent que ces derniers atteignent rarement un tel idéal d'auto-transformation (Kaye 2013; McKim 2008; Miller 2014), la notion d'utilisabilité invite à se demander quelles performances suffisent à signaler un potentiel d'autogouvernement justifiant la poursuite de l'intervention. Dans les dispositifs à forte capacité de contrôle (comme la justice pénale), les sujets jugés non utilisables peuvent faire l'objet d'une incarcération; dans les contextes disposant de ressources plus limitées (comme le système de santé mentale américain), ils sont simplement laissés hors du champ d'un contrôle social intensif (Gong 2019; Rhodes 1991).

J'applique ce cadre de l'utilisabilité à l'évaluation des personnes, mais ces concepts peuvent aussi servir à analyser la manière dont les institutions réagissent à de nouvelles normes, règles ou politiques. Les travaux en sociologie du droit ont, par exemple, souvent mis en évidence la « conformité symbolique » des organisations à de nouvelles obligations juridiques (Dobbin and Kelly 2007; Edelman 1992). De même que le respect d'un traitement recouvre des comportements très différents à New York et à Paris, les formes de *compliance* institutionnelle méritent d'être distinguées plus finement. Les axes de variation identifiés ici (comportements versus dispositions, visibilité pour des non-spécialistes versus évaluation experte, momentané versus continu) offrent des outils pour mieux théoriser ces différences.

Ce travail ne suit pas les patients individuellement dans leurs passages entre les différentes instances juridiques, médicales et sociales. Le cadre proposé suggère toutefois que les mêmes personnes peuvent être sommées d'endosser des figures de sujet très différentes, en particulier lorsqu'elles sont marginalisées et confrontées à un État fragmenté aux « multiples mains » intervenant à différents moments de leur trajectoire (Fassin 2015; Morgan et Orloff, 2017). Clair (2020) montre par exemple que les avocats de la défense pénale attendent de leurs clients de la déférence, et non de l'initiative, alors que cette prise d'initiative est précisément ce qu'exigent les programmes de traitement vers lesquels ces mêmes clients peuvent être réorientés. Les théories critiques de la psychiatrie présentent souvent celle-ci comme un projet cohérent et englobant de contrôle des populations à risque (Castel 1981; Foucault 2008; Rose 1998). Cette analyse suggère au contraire que comprendre le contrôle social suppose d'examiner l'agrégation de tentatives contingentes, parfois incompatibles, de rendre les individus utilisables dans des configurations institutionnelles spécifiques.

L'analyse de la manière dont les patients eux-mêmes interprètent, s'approprient ou résistent à ces subjectivités qui leur sont assignées dépasse le cadre de cet article. Elle reflète toutefois une réalité: l'expérience des patients, qu'il s'agisse de l'hospitalisation ou de la maladie mentale elle-même, occupe une place étonnamment marginale dans les audiences observées. Les avocats contestent rarement le critère même de

l'existence d'un trouble mental. À Paris, les raisons de la réticence des patients sont évacuées au nom de leur souffrance supposée; à New York, la souffrance est hors sujet dans des procédures centrées sur les comportements visibles plutôt que sur la vie intérieure. Des travaux futurs devraient analyser comment la race, le genre ou la classe redéfinissent les standards d'utilisabilité et orientent les issues possibles (incarcération plutôt qu'abandon, par exemple) lorsque les individus sont jugés non utilisables. Ils pourraient également interroger la manière dont les trajectoires et identités des acteurs juridiques eux-mêmes influent sur leur manière d'établir l'utilisabilité.

Ni New York ni Paris ne peuvent être tenues pour représentatives de leurs pays respectifs. Les avocats du Mental Hygiene Legal Service sont connus pour défendre de façon particulièrement combative les intérêts de leurs clients (Decker 1987; Perlin 1992; Shea 2012). D'autres juridictions américaines peuvent recourir à un usage plus déferent des répertoires juridiques disponibles, faute de spécialisation, ou adopter, en raison d'une capacité de contrôle plus limitée, une approche encore plus superficielle de la *compliance*. Les audiences que j'observe à Paris ont été introduites seulement cinq ans plus tôt, dans un contexte de montée en puissance du pouvoir judiciaire (Bignami and Kelemen 2017; Boutros 2022; Lasser 2013). Une décision récente du Conseil constitutionnel étendant le contrôle judiciaire à l'usage de l'isolement et de la contention, et non plus à la seule hospitalisation, suggère que l'attitude accommodante des avocats français à l'égard de la psychiatrie pourrait ne pas durer (Conseil constitutionnel, 2021). Je ne prétends donc pas généraliser dans l'espace et le temps, mais le cadre proposé permet d'anticiper comment les constructions de l'utilisabilité peuvent évoluer en fonction des transformations des répertoires juridiques et des capacités de contrôle.

Empiriquement, cet article invite à reconsidérer l'hospitalisation sans consentement comme forme de contrôle social. Certains travaux soutiennent qu'en psychiatrie l'usage explicite de la contrainte aurait été remplacé par des techniques disciplinaires plus subtiles (Brodwin 2012; Gong 2019; Perry et al. 2018). Pourtant, des données récentes indiquent une hausse des hospitalisations sans consentement en France comme aux États-Unis (Coldefy et al. 2022; Lee and Cohen 2021). Des États comme la Californie ou New York assouplissent les critères d'hospitalisation sans consentement tout en réduisant la population carcérale (Rekenthaler and Barnard 2024). Les hospitalisations psychiatriques sans consentement sont rarement intégrées aux analyses des dispositifs hybrides de contrôle médico-légal et social (Brydolf-Horwitz and Beckett 2021; Stuart et al. 2015), alors qu'elles devraient figurer dans toute cartographie sérieuse des façons dont des systèmes différenciés de discipline, de punition ou de régulation des populations marginalisées se complètent, se substituent et se compensent.

Décrivant le système asilaire à une époque où la médecine échappait largement au droit, Goffman (1961: 133) montre comment le rituel de dégradation fait passer le nouveau patient d'une position où il dispose encore de relations et de droits à une situation où il n'en a pratiquement plus. Aujourd'hui, les droits pèsent visiblement sur la procédure d'hospitalisation psychiatrique sans consentement, mais leur effet protecteur contre les interventions coercitives semble moins déterminant que les contraintes de ressources. Mais ces droits ne sont pas mobilisés dans le but de faire des personnes atteintes de troubles mentaux des citoyens pleinement autonomes au sein de la

communauté. Ils servent d'abord d'outil pour les rendre utilisables, dans des formes qui répondent avant tout aux besoins des institutions qui les prennent en charge.

Acknowledgements. The author gratefully acknowledges the assistance of Paul DiMaggio, Cheyney Cooper-Dobson, Neil Fligstein, Marion Fourcade, Lynne Haney, Chris Herring, Ian Gray, Carly Knight, Thomas Laqueur, Armando Lara-Millán, Jenny Leigh, Dan Lewis, Matty Lichtenstein, Steven Lukes, Marie Mourad, Caleb Scoville, Josh Seim, Tonya Tartour, and Iddo Tavory, as well as the Genial and Ephemeral Meetings in Sociology group. A version of this paper was presented at the 2018 ASA Annual Meeting in the Session on “Field Intersections: Examining the Interplay between Law and Medicine.”

Translation Acknowledgement. This translation was authored by Aurélien Eberhardt with permission of the original author Alex Barnard. Aurélien Eberhardt takes full responsibility for the accuracy of the translated article and is a proficient speaker.

Funding Statement. Research was made possible with the generous support of the Chateaubriand, Georges Lurcy, Berkeley Empirical Legal Studies, and Lowenthal Fellowships.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

References

- Abbott, Andrew. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Anspach, Renee R. 1993. *Deciding Who Lives: Fateful Choices in the Intensive-Care Nursery*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Appelbaum, Paul S. 1994. *Almost a Revolution: Mental Health Law and the Limits of Change*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bagenstos, Samuel R. 2012. “The Past and Future of Deinstitutionalization Litigation.” *The Cardozo Law Review* 34 (1): 1–52.
- Bagnall, Adrianna and Gil Eyal. 2016. “Forever Children and Autonomous Citizens: Comparing the Deinstitutionalizations of Psychiatric Patients and Developmentally Disabled Individuals in the United States”. In *50 Years after Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities*, edited by Brea L. Perry, 27–61. Bingley, UK: Emerald.
- Barnard, Alex V. 2023. *Conservatorship: Inside California's System of Coercion and Care for Mental Illness*. New York: Columbia University Press.
- Behnke, Stephen H., Michael L. Perlin and Marvin Bernstein. 2004. *The Essentials of New York Mental Health Law: A Straightforward Guide for Clinicians of All Disciplines*. New York: W. W. Norton and Company.
- Ben-Moshe, Liat, Chris Chapman and Allison C. Carey, eds. 2014. *Disability Incarcerated: Imprisonment and Disability in the United States and Canada*. New York: Palgrave Macmillan US.
- Bignami, Francesca and R. Daniel Kelemen. 2017. “Kagan’s Atlantic Crossing: Adversarial Legalism, Eurolegalism, and Cooperative Legalism in European Regulatory Style.” In *Varieties of Legal Order: The Politics of Adversarial and Bureaucratic Legalism*, edited by T. F. Burke and J. Barnes, 82–97. New York: Routledge.
- Bouquet, Brigitte and Marcel Jaeger. 2017. “Introduction: De la participation au pouvoir d’agir.” *Vie Sociale*, (19): 7–11. doi:[10.3917/vsoc.172.0007](https://doi.org/10.3917/vsoc.172.0007).
- Boutros, Magda. 2022. “Legal Mobilization and Branches of Law: Contesting Racialized Policing in French Courts.” *Law and Society Rev.* 56 (4): 623–45. doi:[10.1111/lasr.12628](https://doi.org/10.1111/lasr.12628).
- Brodwin, Paul. 2012. *Everyday Ethics*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Brydolf-Horwitz, Marco and Katherine Beckett. 2021. “Welfare, Punishment, and Social Marginality: Understanding the Connections” In *The Politics of Inequality*, D. Pettinicchio edited by, Vol. 28, *Research in Political Sociology*. 91–111. Leeds, England: Emerald Publishing Limited.
- Burke, Thomas F. and Jeb Barnes. 2017. *Varieties of Legal Order: The Politics of Adversarial and Bureaucratic Legalism*. New York: Routledge.
- Carlson, Jennifer. 2017. “The Hidden Arm of the Law: Examining Administrative Justice in Gun Carry Licensing.” *Law and Society Review* 51 (2): 346–78. doi:[10.1111/lasr.12263](https://doi.org/10.1111/lasr.12263).

- Castel, Robert. 1981. *La Gestion Des Risques: De L'anti-psychiatrie À L'après-psychanalyse*. Paris, France: Minuit.
- Castellano, Ursula. 2011. "Courting Compliance: Case Managers as 'Double Agents' in the Mental Health Court." *Law and Social Inquiry* 36 (2): 484–514. doi:[10.1111/j.1747-4469.2011.01239.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2011.01239.x).
- Chiarello, Elizabeth. 2015. "The War on Drugs Comes to the Pharmacy Counter: Frontline Work in the Shadow of Discrepant Institutional Logics." *Law and Social Inquiry* 40 (1): 86–122. doi:[10.1111/lsi.12092](https://doi.org/10.1111/lsi.12092).
- Chiarello, Elizabeth and Calvin Morrill. 2020. "A Multi-Field Logics Approach to Theorizing Relationships between Healthcare and Criminal Justice." In *Research Handbook on Socio-Legal Studies of Medicine and Health*, edited by M.-A. Jacob and A. Kirkland, 152–68. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Christin, Angèle. 2008. *Comparutions Immédiates. Enquête Sur Une Pratique Judiciaire*. Paris, France: La Découverte.
- Clair, Matthew. 2020. *Privilege and Punishment: How Race and Class Matter in Criminal Court*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Coldefy, Magali, Coralie Gandré and Stéphanie Rallo. 2022. *Les Soins sans Consentement et Les Pratiques Privatives de Liberté En Psychiatrie: Un Objectif de Réduction Qui Reste à Atteindre*. n° 269. Paris, France: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- Conrad, Peter. 1985. "The Meaning of Medications: Another Look at Compliance." *Social Science & Medicine* 20 (1): 29–37. doi:[10.1016/0277-9536\(85\)90308-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(85)90308-9).
- Crooke, Catherine L. 2024. "Frustration and Fidelity: How Public Interest Lawyers Navigate Procedure in the Direct Representation of Asylum Seekers." *Law and Society Rev.* 58 (2): 270–93. doi:[10.1017/lr.2024.20](https://doi.org/10.1017/lr.2024.20).
- Dao, Lili. 2023. "Hollow Law and Utilitarian Law: The Devaluing of Deportation Hearings in New York City and Paris." *Law and Society Review* 57 (3): 317–39. doi:[10.1111/lasr.12665](https://doi.org/10.1111/lasr.12665).
- Decker, Frederic H. 1987. "Psychiatric Management of Legal Defense in Periodic Commitment Hearings." *Social Problems* 34 (2): 156–71. doi:[10.2307/800713](https://doi.org/10.2307/800713).
- Department of Health and Mental Hygiene. 2016. *Adult Psychiatric Hospitalizations in New York City*. New York, NY.
- Dobbin, Frank and Erin L. Kelly. 2007. "How to Stop Harassment: Professional Construction of Legal Compliance in Organizations." *American Journal of Sociology* 112 (4): 1203–43. doi:[10.1086/508788](https://doi.org/10.1086/508788).
- Dubois, Vincent. 2003. *La Vie Au Guichet: Relation Administrative Et Traitement de La Misère*. 2nd ed ed. Paris, France: Economica.
- Dwyer, Ellen. 1988. "Civil Commitment Laws in Nineteenth-Century New York." *Behavioral Sciences and the Law* 6 (1): 79–98. doi:[10.1002/bsl.2370060107](https://doi.org/10.1002/bsl.2370060107).
- École Nationale de la Magistrature. 2013. *Soins Psychiatriques sans Consentement*. Paris, France.
- Edelman, Lauren B. 1992. "Legal Ambiguity and Symbolic Structures: Organizational Mediation of Civil Rights Law." *American Journal of Sociology* 97 (6): 1531–76. doi:[10.1086/229939](https://doi.org/10.1086/229939).
- Eyal, Gil. 2013. "For a Sociology of Expertise: The Social Origins of the Autism Epidemic." *American Journal of Sociology* 118 (4): 863–907. doi:[10.1086/668448](https://doi.org/10.1086/668448).
- Eyraud, Benoît and Delphine Moreau. 2013. "Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique: De la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier." *Cultures and Conflits*, (90): 117–34. doi:[10.4000/conflits.18751](https://doi.org/10.4000/conflits.18751).
- Fassin, Didier. 2015. *At the Heart of the State*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Feeley, Malcolm M. 1979. *The Process Is the Punishment: Handling Cases in a Lower Criminal Court*. New York: Russell Sage Foundation.
- Foucault, Michel. 2008. *Psychiatric Power: Lectures at the College de France, 1973–1974*, edited by J. Lagrange. New York: Palgrave Macmillan.
- Freidson, Eliot. 1973. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Goldstein, Jan. 1987. *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gong, Neil. 2017. "'That Proves You Mad, Because You Know It Not': Impaired Insight and the Dilemma of Governing Psychiatric Patients as Legal Subjects." *Theory and Society* 46 (3): 201–28. doi:[10.1007/s11186-017-9288-0](https://doi.org/10.1007/s11186-017-9288-0).

- Gong, Neil. 2019. "Between Tolerant Containment and Concerted Constraint: Managing Madness for the City and the Privileged Family." *American Sociological Review* 84 (4): 664–89. doi:[10.1177/0003122419859533](https://doi.org/10.1177/0003122419859533).
- Gowan, Teresa and Sarah Whetstone. 2012. "Making the Criminal Addict: Subjectivity and Social Control in a Strong-Arm Rehab." *Punishment and Society* 14 (1): 69–93. doi:[10.1177/1462474511424684](https://doi.org/10.1177/1462474511424684).
- Halushka, John. 2017. "Managing Rehabilitation: Negotiating Performance Accountability at the Frontlines of Reentry Service Provision." *Punishment and Society* 19 (4): 482–502. doi:[10.1177/1462474516669356](https://doi.org/10.1177/1462474516669356).
- Harper, Ian. 2015. "Courts and the Control of TB: Quarantine, Travel and the Question of Adherence." In *The Clinic and the Court: Law, Medicine and Anthropology, Cambridge Studies in Law and Society*, edited by A. Khanna, I. Harper and T. Kelly, 197–213. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heimer, Carol A. 1999. "Competing Institutions: Law, Medicine, and Family in Neonatal Intensive Care." *Law and Society Rev.* 33: 17–66. doi:[10.2307/3115095](https://doi.org/10.2307/3115095).
- Heimer, Carol A. 2025. *Governing the Global Clinic: HIV and the Legal Transformation of Medicine*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Heimer, Carol A. and J. Lynn Gazley. 2012. "Performing Regulation: Transcending Regulatory Ritualism in HIV Clinics." *Law and Society Review* 46 (4): 853–87. doi:[10.1111/j.1540-5893.2012.00519.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-5893.2012.00519.x).
- Heimer, Carol A. and Lisa R. Staffen. 1995. "Interdependence and Reintegrative Social Control: Labeling and Reforming 'Inappropriate' Parents in Neonatal Intensive Care Units." *American Sociological Review* 60 (5): 635–54. doi:[10.2307/2096315](https://doi.org/10.2307/2096315).
- Henckes, Nicolas. 2010. "Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique: La trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950." *Genèses* 76: 76–98.
- Herring, Chris. 2019. "Complaint-Oriented Policing: Regulating Homelessness in Public Space." *American Sociological Review* 84 (5): 769–800. doi:[10.1177/0003122419872671](https://doi.org/10.1177/0003122419872671).
- Hiday, Virginia Aldige. 1977. "Reformed Commitment Procedures: An Empirical Study in the Courtroom." *Law and Society Review* 11 (4): 651–66. doi:[10.2307/3053176](https://doi.org/10.2307/3053176).
- Hlavka, Heather and Sameena Mulla. 2020. "Thinking Forensically: Law, Medicine and the Nomos of Sexual Violence." In *Research Handbook on Socio-Legal Studies of Medicine and Health*, edited by M.-A. Jacob and A. Kirkland, 232–54. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Holstein, James A. 1993. *Court-Ordered Insanity: Interpretive Practice and Involuntary Commitment*. New York: Transaction Publishers.
- Hoppe, Trevor. 2014. "From Sickness to Badness: The Criminalization of HIV in Michigan." *Social Science & Medicine* 101: 139–47. doi:[10.1016/j.socscimed.2013.11.007](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.007).
- Horowitz, Ruth. 2012. *In the Public Interest: Medical Licensing and the Disciplinary Process*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kagan, Robert A. 2003. *Adversarial Legalism: The American Way of Law*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kaye, Kerwin. 2013. "Rehabilitating the 'Drugs Lifestyle': Criminal Justice, Social Control, and the Cultivation of Agency." *Ethnography* 14 (2): 207–32. doi:[10.1177/1466138112457311](https://doi.org/10.1177/1466138112457311).
- Kellogg, Katherine C. 2014. "Brokerage Professions and Implementing Reform in an Age of Experts." *American Sociological Review* 79 (5): 912–41. doi:[10.1177/0003122414544734](https://doi.org/10.1177/0003122414544734).
- Kelly, Tobias, Ian Harper and Akshay Khanna. 2015. "Introduction." In *The Clinic and the Court: Law, Medicine and Anthropology, Cambridge Studies in Law and Society*, edited by A. Khanna, I. Harper and T. Kelly, 1–24. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirkland, Anna. 2016. *Vaccine Court: The Law and Politics of Injury*. New York: University Press.
- Kirkland, Anna and Mikell Hyman. 2021. "Civil Rights as Patient Experience: How Healthcare Organizations Handle Discrimination Complaints." *Law and Society Rev.* 55 (2): 273–95. doi:[10.1111/lasr.12554](https://doi.org/10.1111/lasr.12554).
- Knight, Sommer, G. Eric Jarvis, Andrew G. Ryder, Myrna Lashley and Cécile Rousseau. 2022. "Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis." *Psychiatric Services* 73 (1): 2–8. doi:[10.1176/appi.ps.202000715](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000715).
- Kohler-Hausmann, Issa. 2018. *Misdemeanorland: Criminal Courts and Social Control in an Age of Broken Windows Policing*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Lara-Millán, Armando. 2021. *Redistributing the Poor: Jails, Hospitals, and the Crisis of Law and Fiscal Austerity*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lara-Millán, Armando and Nicole Gonzalez Van Cleve. 2017. "Interorganizational Utility of Welfare Stigma in the Criminal Justice System." *Criminology* 55 (1): 59–84. doi:[10.1111/1745-9125.12128](https://doi.org/10.1111/1745-9125.12128).
- Lasser, Mitchel de S. O. -l'E. 2013. "The Judicial Dynamics of the French and European Rights Revolution." In *Consequential Courts: Judicial Roles in Global Perspective*, edited by D. Kapiszewski, G. Silverstein and R. A. Kagan, 289–310. New York: Cambridge University Press.
- Lee, Gi and David Cohen. 2021. "Incidences of Involuntary Psychiatric Detentions in 25 U.S. States." *Psychiatric Services* 71 (1): 61–68. doi:[10.1176/appi.ps.201900477](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900477).
- Lefrand, Guy and Serge Blisko. 2012. *Rapport Sur La Mise En Oeuvre de La Loi N° 2011-TJUILLET 2011 Relative Aux Droits Et Protection Des Personnes Faisant L'objet Des Soins Psychiatriques Et Aux Modalités de Leur Prise En Charge*. Vol. N° 4402. Paris, France: Assemblée Nationale.
- Legohérel, Delphine. 2014. *Etude Sur Les Soins Psychiatriques sans Consentement*. Paris, France: Service de Documentation, des Etudes et du Rapport, Cour de cassation.
- Legrand, Julia. 2022. "L'injonction ou l'injection? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique." *Genèses* 127 (2): 11–32. doi:[10.3917/gen.127.0011](https://doi.org/10.3917/gen.127.0011).
- Levitsky, Sandra R. 2013. "Integrating Law and Health Policy." *Annual Review of Law and Social Science* 9 (1): 33–50. doi:[10.1146/annurev-lawsocsci-102612-133949](https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-102612-133949).
- Lewis, Dan A., Edward Goetz, Mark Schoenfeld, Andrew C. Gordon and Eugene Griffin. 1984. "The Negotiation of Involuntary Civil Commitment." *Law and Society Review* 18 (4): 629–49. doi:[10.2307/3053450](https://doi.org/10.2307/3053450).
- Lichtenstein, Matty. 2022. "Legitimizing Tactics: Hasidic Schools, Noncompliance, and the Politics of Deservingness." *American Journal of Sociology* 127 (6): 1860–916. doi:[10.1086/719926](https://doi.org/10.1086/719926).
- Livne, Roi. 2019. *Values at the End of Life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lutterman, Ted, Robert Shaw, William Fisher and Ronald Manderscheid. 2017. *Trend in Psychiatric Inpatient Capacity, United States and Each State, 1970 to 2014*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors.
- Lynch, Michael. 2004. "Circumscribing Expertise: Membership Categories in Courtroom Testimony." In *States of Knowledge: The Co-Production of Science and the Social Order*, edited by S. Jasanoff, 161–80. London, UK: Routledge.
- Marques, Ana, Benoît Eyraud and Livia Velpy. 2015. "Les Enjeux d'une Judicialisation Tardive, Inévitable et Embarrassante." *L'Information Psychiatrique* 91 (6): 471–77.
- Mathieu, Arline. 1993. "The Medicalization of Homelessness and the Theater of Repression." *Medical Anthropology Quarterly* 7 (2): 170–84. doi:[10.1525/maq.1993.7.2.02a00030](https://doi.org/10.1525/maq.1993.7.2.02a00030).
- McCorkel, Jill A. 2013. *Breaking Women: Gender, Race, and the New Politics of Imprisonment*. New York: New York University Press.
- McGowan, Angela K., Mary M. Lee, Cristina M. Meneses, Jane Perkins and Mara Youdelman. 2016. "Civil Rights Laws as Tools to Advance Health in the Twenty-First Century." *Annual Review of Public Health* 37: 185–204.
- McKim, Allison. 2008. "'Getting Gut-Level': Punishment, Gender, and Therapeutic Governance." *Gender and Society* 22 (3): 303–23. doi:[10.1177/0891243208317826](https://doi.org/10.1177/0891243208317826).
- McPherson, Chad Michael and Michael Sauder. 2013. "Logics in Action: Managing Institutional Complexity in a Drug Court." *Administrative Science Quarterly* 58 (2): 165–96. doi:[10.1177/0001839213486447](https://doi.org/10.1177/0001839213486447).
- Miller, Reuben Jonathan. 2014. "Devolving the Carceral State: Race, Prisoner Reentry, and the Micro-Politics of Urban Poverty Management." *Punishment and Society* 16 (3): 305–35. doi:[10.1177/1462474514527487](https://doi.org/10.1177/1462474514527487).
- Ministère de la justice 2019. "Statistiques en matière de soins sous contrainte 2012–2018." Retrieved October 10, 2019 <https://www.psychiatrie.crp.asso.fr/700>.
- Monahan, John. 1977. "Empirical Analyses of Civil Commitment: Critique and Context." *Law and Society Review* 11 (4): 619–28. doi:[10.2307/3053174](https://doi.org/10.2307/3053174).
- Morgan, Kimberly J. and Ann Shola Orloff, eds. 2017. *The Many Hands of the State: Theorizing Political Authority and Social Control*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Morris, Nathaniel P. 2020. "Detention Without Data: Public Tracking of Civil Commitment." *Psychiatric Services* 71 (7): 741–44. doi:[10.1176/appi.ps.202000212](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000212).

- Morse, Jaimie. 2019. "Legal Mobilization in Medicine: Nurses, Rape Kits, and the Emergence of Forensic Nursing in the United States since the 1970s." *Social Science & Medicine* 222: 323–34. doi:[10.1016/j.socscimed.2018.12.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.032).
- Morse, Stephen J. 1982. "A Preference for Liberty: The Case Against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered." *California Law Review* 70 (1): 54–106. doi:[10.2307/3480182](https://doi.org/10.2307/3480182).
- National Institute of Mental Health. 1985. *Mental Health United States*. DHHS-ADM-85-1378. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- New York Health and Hospitals Corporation. December 13, 2018. "Minutes: Strategic Planning Committee Meeting." <https://www.nychealthandhospitals.org/wpcontent/uploads/2018/12/201812-strategic.pdf> (accessed November 20, 2019).
- Newman, Andy and Emma Fitzsimmons. 2022. "New York City to Involuntarily Remove Mentally Ill People From Streets." *New York Times*, November 29.
- Niveau, G. and J. Materi. 2007. "Psychiatric Commitment: Over 50 Years of Case Law from the European Court of Human Rights." *European Psychiatry* 22 (1): 59–67. doi:[10.1016/j.eurpsy.2006.05.004](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.05.004).
- Office of Mental Health. 2016. *New York City DSRIP Region Needs Assessment*. Albany, NY.
- Office of Mental Health. "AoT Program Statistics: Removals Resulting in Hospitalization." Retrieved June 3, 2019 (<https://my.omh.ny.gov/>).
- Panfil, Jean-Marc. 2016. *L'intervention Du Juge Judiciaire Dans Les Soins Psychiatriques sans Consentement: Analyse de La Jurisprudence Depuis La Loi 5 Juillet 2011*. Paris, France.
- Péchillon, Éric. 2012. "Place de La Jurisprudence Dans La Gestion et l'évolution de La Législation Relative Aux Soins Sous Contrainte." *Annales Médico-Psychologiques* 170 (10): 706–10. doi:[10.1016/j.amp.2012.09.013](https://doi.org/10.1016/j.amp.2012.09.013).
- Perlin, Michael L. 1992. "Fatal Assumption: A Critical Evaluation of the Role of Counsel in Mental Disability Cases." *Law and Human Behavior* 16 (1): 39–59. doi:[10.1007/BF02351048](https://doi.org/10.1007/BF02351048).
- Perlin, Michael L. 2017. "Who Will Judge the Many When the Game Is Through: Considering the Profound Differences between Mental Health Courts and Traditional Involuntary Civil Commitment Courts." *Seattle University Law Review*. 41 (3): 937–64.
- Perry, Brea L., Emma Frieh and Eric R. Wright. 2018. "Therapeutic Social Control of People with Serious Mental Illness: An Empirical Verification and Extension of Theory." *Society and Mental Health* 8 (2): 108–22. doi:[10.1177/2156869317725891](https://doi.org/10.1177/2156869317725891).
- Phelps, Michelle S. and Ebony L. Ruhland. 2022. "Governing Marginality: Coercion and Care in Probation." *Social Problems* 69 (3): 799–816. doi:[10.1093/socpro/spaa060](https://doi.org/10.1093/socpro/spaa060).
- Pifer, Natalie A. 2023. "'The Right Kind of Crazy': How Patrol Officers Police the Boundaries of Mental Illness through Hybridized Strategies." *Law and Social Inquiry* 48 (2): 437–62. doi:[10.1017/lsi.2022.21](https://doi.org/10.1017/lsi.2022.21).
- Player, Candice Teri-Lowe. 2015. "Outpatient Commitment and Procedural Due Process." *International Journal of Law and Psychiatry* 38: 100–13. doi:[10.1016/j.ijlp.2015.01.013](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.013).
- Rekenthaler, Nick and Alex V. Barnard. 2024. "Chronic, Disruptive, or Resistant? Target Ecologies and the Medicalization of Homelessness in California." *Social Problems* spae019. doi:[10.1093/socpro/spae019](https://doi.org/10.1093/socpro/spae019).
- Reyes, Lazare and Michel Lejoyeux. 2014. *Psychiatrie Et Santé Mentale: Rapport Commun Des DIM*. Paris, France: Communauté hospitalière de Territoire pour la psychiatrie parisien.
- Rhodes, Lorna A. 1991. *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Robiliard, Denys and Denys Jacquat. 2017. *Rapport d'information En Conclusion Des Travaux de La Mission d'évaluation de La Loi N° 2013-869 Du 27 Septembre 2013 Modifiant Certaines Dispositions Issues de La Loi N° 2011-803 Du 5 Juillet 2011 Relative Aux Droits et à La Protection Des Personnes Faisant l'objet de Soins Psychiatriques et Aux Modalités de Leur Prise En Charge*. N° 4486. Paris, France: Assemblée Nationale.
- Rose, Nikolas. 1998. "Governing Risky Individuals: The Role of Psychiatry in New Regimes of Control." *Psychiatry, Psychology and Law* 5 (2): 177–95. doi:[10.1080/13218719809524933](https://doi.org/10.1080/13218719809524933).
- Saguy, Abigail Cope. 2003. *What Is Sexual Harassment? From Capitol Hill to the Sorbonne*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Schenwar, Maya and Victoria Law. 2020. *Prison by Any Other Name: The Harmful Consequences of Popular Reforms*. New York: The New Press.
- Seim, Josh. 2019. *Bandage, Sort, and Hustle: Ambulance Crews on the Frontlines of Urban Suffering*. Berkeley, CA: University of California Press.

- Shea, Sheila. 2012. "The Mental Hygiene Legal Service at 50: A Retrospective and Prospective Examination of Advocacy for People with Mental Disabilities." *Government, Law, and Policy* 14 (2): 35–41.
- Shea, Timothy, Samuel Dotson, Griffin Tyree, Lucy Ogbu-Nwobodo, Stuart Beck and Derri Shtasel. 2022. "Racial and Ethnic Inequities in Inpatient Psychiatric Civil Commitment." *Psychiatric Services* 73 (12): 1322–29. doi:[10.1176/appi.ps.202100342](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100342).
- Smith, Colin M., Nicholas A. Turner, Nathan M. Thielman, Damon S. Tweedy, Joseph Egger and Jane P. Gagliardi. 2022. "Association of Black Race With Physical and Chemical Restraint Use Among Patients Undergoing Emergency Psychiatric Evaluation." *Psychiatric Services* 73 (7): 730–36. doi:[10.1176/appi.ps.202100474](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100474).
- Soss, Joe, Richard C. Fording and Sanford F. Schram. 2011. *Disciplining the Poor: Neoliberal Paternalism and the Persistent Power of Race*. Champagne, IL: University of Chicago Press.
- Special Committee to Study Commitment Procedures. 1962. *Mental Illness and Due Process*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Stuart, Forrest, Amada Armenta and Melissa Osborne. 2015. "Legal Control of Marginal Groups." *Annual Review of Law and Social Science* 11: 235–54. doi:[10.1146/annurev-lawsocsci-120814-121433](https://doi.org/10.1146/annurev-lawsocsci-120814-121433).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2019. *National Mental Health Services Survey (N-MHSS) 2018: Data on Mental Health Treatment Facilities*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Treatment Advocacy Center. 2020. *Grading the States: An Analysis of Involuntary Psychiatric Treatment Laws*. Arlington, VA.
- Ulmer, Jeffery T. 2019. "Criminal Courts as Inhabited Institutions: Making Sense of Difference and Similarity in Sentencing." *Crime and Justice* 48: 483–522. doi:[10.1086/701504](https://doi.org/10.1086/701504).
- Velpry, Livia and Benoît Eyraud. 2014. "Confinement and Psychiatric Care: A Comparison Between High-Security Units for Prisoners and for Difficult Patients in France." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 38 (4): 550–77. doi:[10.1007/s11013-014-9400-0](https://doi.org/10.1007/s11013-014-9400-0).
- Vogler, Stefan. 2021. *Sorting Sexualities: Expertise and the Politics of Legal Classification*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ward, Jeremy K., Florian Cafiero, Raphael Fretigny, James Colgrove and Valérie Seror. 2019. "France's Citizen Consultation on Vaccination and the Challenges of Participatory Democracy in Health." *Social Science & Medicine* 220: 73–80. doi:[10.1016/j.socscimed.2018.10.032](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.032).
- Warren, Carol. 1982. *The Court of Last Resort*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Warren, Carol A. B. 1977. "Involuntary Commitment for Mental Disorder: The Application of California's Lanterman-Petris-Short Act." *Law and Society Review* 11 (4): 629–49. doi:[10.2307/3053175](https://doi.org/10.2307/3053175).
- Weddle, Bonita. 1998. *Mental Health in New York State, 1945–1998*. Albany, NY: New York State Archives.
- Whetstone, Sarah and Teresa Gowan. 2017. "Carceral Rehab as Fuzzy Penalty: Hybrid Technologies of Control in the New Temperance Crusade." *Social Justice* 44 (2–3, 148): 83–112.
- Winter, Alix S. and Matthew Clair. 2023. "'The Roughest Form of Social Work': How Court Officials Justify Bail Decisions." *Criminology* 61 (4): 904–28. doi:[10.1111/1745-9125.12350](https://doi.org/10.1111/1745-9125.12350).
- Wolf, Natalie. 1992. "The Ethical Dilemmas Faced by Attorneys Representing the Mentally Ill in Civil Commitment Proceedings." *Georgetown Journal of Legal Ethics* 6: 163–86.

Decisions Cited

- Boggs v. New York City Health and Hospitals Corporation*, 523 N.Y.S.2d 71 1App. Div. 1st Dep't 1987.
- Conseil constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC, du 26 novembre 2010.
- Conseil constitutionnel, décision n° 2021-912/913/914 QPC, du 4 juin 2021.
- Cour de cassation, arrêt n° 1006 du 27 septembre 2017.
- In re Manhattan Psychiatric Center v. Anonymous*, 728 N.Y.S. 2. 37 App. Div. 1st Dep't. 2002.
- Matter of Harry M.*, 568 N.Y.S. 2. 359 App. Div. 2nd Dep't 1983.
- Rivers v. Katz*, 495 N.E.2d 337 (1986).

Statutes Cited

- Code de Santé Publique. Art. L.3213-1. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016871 (accessed May 9, 2025).
- New York Code – Mental Hygiene. Article 9.27. https://www.omh.ny.gov/omhweb/forensic/manual/html/mhl_admissions.htm (accessed January 20, 2018).

New York Code – Mental Hygiene. Article 47. <https://law.justia.com/codes/new-york/2010/mhy/title-e/article-47/47-03/> (accessed November 19, 2019).

Alex V. Barnard est assistant professor de sociologie à New York University. Ses travaux portent sur la prise de décision bureaucratique, les politiques sociales et les classifications étatiques dans une perspective comparée des systèmes de santé mentale et du maintien de l'ordre. Plus d'informations sur ses travaux sont disponibles sur alexvbarnard.org.

Aurélien Eberhardt est doctorant en sociologie à l'Université de Poitiers (France). Ses recherches mobilisent la sociologie de la socialisation, de l'éducation et de la psychiatrie pour analyser les trajectoires professionnelles des psychiatres et les parcours de formation en pédopsychiatrie en France et aux États-Unis.

Cite this article: Barnard, Alex V. and Aurélien Eberhardt. 2026. "Consentement et *compliance*: Des sujets utilisables dans les audiences d'hospitalisation psychiatrique sans consentement à Paris et à New York." *Law & Society Review* 1–40. <https://doi.org/10.1017/lsr.2025.10073>