

*Humanisation ou rationalisation, les JLD et les psychiatres face à la  
loi du 30 juillet 2011*

Akiko Awa, Ivan Garrec, Jean Guo, Alexandre Michel, Marlène  
Monégat

*Travail pour l'Enquête collective du Master Santé Population Politiques  
Sociales (EHESS et Université Paris XIII), sous la direction de Lara Mahi*

Juin 2016

**Résumé :**

Une nouvelle loi régulant l'hospitalisation sans consentement a été adoptée le 5 juillet 2011, introduisant le contrôle systématique de ces hospitalisations par un juge des libertés et de la détention (JLD). Ce texte porte sur les conceptions relatives à cette loi de deux acteurs principaux appartenant aux mondes juridique et psychiatrique : les JLD et les psychiatres. Cette évolution semble s'inscrire dans une volonté « d'humaniser » la pratique psychiatrique. En s'appuyant sur des observations réalisées dans les milieux juridiques et psychiatriques ainsi que des entretiens réalisés auprès de ces professionnels, cet article met en évidence que cette loi est vue par ces professionnels avant tout comme un dispositif de rationalisation de l'hospitalisation sous contrainte – cette conception prenant des formes singulières au sein de ces deux mondes.

**Abstract:**

A new law regulating involuntary hospitalizations was adopted on July 5, 2011, which introduced systematic monitoring for these hospitalizations by a liberty and custody judge (JLD). This text focuses on ideas relating to this law from the perspectives of the two main actors who belong to the legal and psychiatric worlds, respectively: JLD and psychiatrists. This appears to be part of a desire to "humanize" the psychiatric practice. Based on observations made in the legal and psychiatric settings as well as interviews with these professionals, this article shows that the law is seen primarily by these professionals as a streamlining device for involuntary hospitalizations - this approach takes on singular forms within these two worlds.

**Extracto:**

Una nueva ley que regula hospitalizaciones involuntarias, adoptada el 5 de julio de 2011, introdujo para estas hospitalizaciones, el monitoreo sistemático por un juez de garantías. Este texto se enfoca en ideas relacionadas a esta ley desde las perspectivas de dos actores principales que pertenecen al mundo legal y psiquiátrico respectivamente: jueces de garantías y psiquiatras. Esto parece ser parte de un deseo de "humanizar" la práctica psiquiátrica. Basado en observaciones hechas en contextos legales y psiquiátricos, así como en entrevistas con estos profesionales, este artículo muestra que la ley es vista

por estos profesionales principalmente como un instrumento de racionalización para hospitalizaciones involuntarias. Este enfoque toma formas singulares dentro de estos dos mundos.

**Mots clés** : JLD, Psychiatres, hospitalisation, contrainte, rationalisation, humanisation

**Key words** : JLD, psychiatrists, involuntary hospitalization, streamlining, humanization

**Palabras claves**: JLD, psiquiatras, hospitalizaciones involuntarias, racionalización, humanización

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – réactualisée en 2013 – instaure un contrôle systématique des hospitalisations sous contrainte de la part d'un juge des libertés et de la détention (JLD). Cela met en place un montage nouveau entre deux mondes ayant des actions particulières (Dodier, 1992) ; le monde psychiatrique et le monde juridique. En effet, une hospitalisation sous contrainte, rebaptisée « soin sans consentement » dans la loi de 2011, prend la forme suivante. Après l'arrivée, généralement aux urgences, d'un patient nécessitant des soins sans consentement, le psychiatre présent réalise un premier certificat, dit de placement ou initial. Ensuite, le patient est transféré dans un service hospitalier rattaché à son secteur, c'est-à-dire un service prenant en charge les patients résidents dans une zone géographique précise. A son arrivée, un deuxième certificat est réalisé dans les 24h. Si son état nécessite la poursuite de l'hospitalisation, un troisième certificat est réalisé dans les 72h, puis un quatrième, généralement dans les huit jours suivant l'arrivée du patient, nommé depuis 2013, « avis motivé ». Lors de l'avis motivé, si le psychiatre considère que le patient présente toujours un état nécessitant une hospitalisation, une audience est programmée et doit être réalisée dans les 12 jours suivants l'admission de ce patient. Cette audience, conduite par un juge des libertés et de la détention (JLD), a pour objectif de statuer sur le bienfondé de l'hospitalisation. Par la suite, une ordonnance est envoyée à l'hôpital où se trouve le patient afin d'informer du maintien ou non de l'hospitalisation. Nous voyons ici, l'entrée d'un nouveau monde dans le dispositif d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie, le monde de la justice. Ces deux mondes, justice et psychiatrie, sont reliés par un cordon administratif qui centralise et fait transiter des « objets à plusieurs faces » (1992, p.337), *les certificats médicaux et les ordonnances judiciaires*. Ce cordon administratif est composé des secrétaires médicales, du service des admissions et des greffiers. Les secrétaires

médicales envoient les certificats au service des admissions qui centralise l'ensemble des certificats de l'hôpital. Les admissions envoient ensuite ces documents au tribunal qui seront réceptionnés par les greffiers qui les transmettent aux juges et aux avocats. Les ordonnances empruntent quant à elle, le trajet inverse. Enfin, deux modes de soins sans consentement sont possibles : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et les soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE).

Cette reconfiguration législative s'inscrit dans une tendance plus générale selon laquelle l'individu actuel se doit d'être autonome et responsable (Ehrenberg, 2010). En effet, cette loi redistribue les pouvoirs entre le juridique et le médical dans la volonté de mettre en place un contrôle systématique de la validité des hospitalisations sans consentement (Marquès *et Al.*, 2013), contrebalançant ainsi le paradigme de la clinique paternaliste où le jugement médical était central. La légitimité du patient s'en trouverait ainsi renforcée (Béliard *et Al.*, 2015). En effet, ce contrôle se concrétise par une audience, où le patient est censé être présent. Ainsi, en plus des documents médico-légaux – tels que les certificats réalisés par les psychiatres afin d'informer le juge de l'état du patient – la parole du patient, et donc son point de vue, prend une place importante dans cette nouvelle configuration législative. Le point de vue du patient est le sujet d'un article de Livia Velpry (2008) mettant en avant le fait que la prise en compte de l'expérience subjective des patients, à travers un recueil de leurs avis, est actuellement omniprésent dans le domaine médical ainsi que dans les recherches en sciences sociales. Si une multitude de raisons peut expliquer la prépondérance de cette question, l'aspect moral est celui qui est systématiquement mis en avant. Cela correspond à une forme d'injonction à être attentif à ce que les patients pensent et ressentent afin d'assurer une prise en charge plus humaine, prise en charge qui éviterait par conséquent une marginalisation de ces derniers (Barham et Hayward, 1991). C'est alors dans une volonté « d'humaniser » la médecine que semble s'inscrire cette présente loi, l'humain étant aujourd'hui sommé d'être

autonome et responsable (Ehrenberg, 2010). Le discours de professionnels ainsi que leurs pratiques appuient-ils ces constats ?

Cet article, fruit d'une enquête réalisée dans le cadre du master *Santé, Populations et Politiques Sociales* de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales (cf. encadré n°1), ambitionne de rendre compte des conceptions respectives des deux mondes, psychiatrique et judiciaire, vis-à-vis de l'application de la loi du 5 juillet 2011. Après un bref historique de l'évolution législative concernant l'hospitalisation sous contrainte, nous aborderons successivement les conceptions du monde juridique et psychiatrique au regard des soins sans consentement tels qu'ils sont définis par la loi de 2011. Le regard de deux groupes professionnels particuliers sera présenté, celui des JLD et des psychiatres.

### **Encadré n°1 : Méthodologie de l'enquête**

Cette enquête a été réalisée par la promotion du Master 1 *Santé, Population, Politiques Sociales* de l'EHESS, sous la coordination de Lara Mahi. Nous avons choisi de travailler sur les hospitalisations sous contrainte et les effets de la loi de juillet 2011 sur les pratiques des professionnels impliqués dans ce dispositif. Nous avons choisi une méthode qualitative afin d'appréhender nos différents terrains. Cette enquête s'est articulée autour de trois méthodes, classiquement utilisées en sciences sociales : entretiens semi-directifs, observations ethnographiques et analyses d'archives. Nous avons divisé ce travail de recueil de matériaux en quatre groupes : (1) un terrain d'observation dans un hôpital psychiatrique au sein d'une unité d'hospitalisation à temps plein, (2) un recueil de certificats et d'ordonnances tout en observant leurs conditions de production et d'accueil au sein de cet établissement psychiatrique, (3) un terrain d'observation au sein d'un tribunal aménagé dans un hôpital psychiatrique parisien, (4) enfin un recueil d'articles, dans des revues scientifiques, concernant la loi de juillet 2011. De plus, nous avons réalisé 15 entretiens avec des professionnels : 4 ont été réalisés avec des psychiatres certificateurs, 2 avec des psychiatres directeurs de revue, 3 avec des secrétaires médicales, 2 avec des greffières, 1 avec une avocate, 3 avec des JLD.

Le terrain hospitalier a été possible en contactant la chef du service – dans lequel nous avons réalisé nos observations – qui nous a ensuite introduits auprès de l'équipe soignante. Ce contact nous a été facilité par Ana Marques, que nous remercions grandement. Au sein de ce service psychiatrique, nous participions aux réunions de staff, aux entretiens entre les psychiatres et les patients, avec l'accord de ces derniers, ainsi qu'aux moments plus informels. Notre présence a été légitimée et permise par une convention de stage. Nous nous présentions par conséquent comme étant des étudiants ou des stagiaires en sociologie. Les personnes présentes dans ce lieu nous identifiaient ainsi grâce au port d'un badge.

L'observation d'audiences concernant les hospitalisations sous contrainte n'a pas été possible au sein de tribunaux de grande instance (TGI), l'entrée nécessitant des autorisations.

En revanche, nous avons pu accéder à des audiences se déroulant dans d'un tribunal mis en place au sein d'un hôpital psychiatrique d'Ile de France. Nous assistions ainsi à la plupart de ces audiences, avec l'autorisation préalable des patients ainsi que des professionnels présents.

Le recueil des matériaux s'est déroulé durant un mois, de mi-avril à mi-mai 2016. L'ensemble de ces matériaux ont été mis en commun au sein de notre promotion, et ils ont été analysés par trois groupes d'étudiants. Cet article constitue une de ces trois productions.

## ***Historique de la législation encadrant les hospitalisations sous contrainte de***

### ***1838 à 2011***

#### ***La loi du 30 juin 1838***

Cette loi promulguée en 1838, représente le premier cadre législatif dans lequel la maladie mentale sera prise en charge. Qu'elle concrétise une aspiration à un contrôle social ségréгатif (Foucault, 1976 ; Castel, 1976) ou un début de « dialogue avec l'insensé » (Swain et Gauchet, 1994), cette loi a engendré un internement massif de ce que l'on nommait alors les aliénés (Fauvel, 2008). Le seul droit prévu pour le patient dans ce contexte était la

possibilité de saisir le président du tribunal de grande instance. Peu de patients utilisaient cette voie de recours par manque d'information et le cas échéant, peu d'entre eux étaient entendus. A l'époque, contester le placement sous contrainte (alors appelé placement d'office ou volontaire) était long et complexe. La décision d'internement était de nature administrative. Elle était prise par le directeur d'établissement ou le préfet. Aussi, la remettre en cause impliquait de saisir le juge administratif d'une part et, le juge judiciaire d'autre part. Le premier avait la compétence d'apprécier la régularité de la décision, alors que le second, appréciait le bien-fondé de la mesure de contrainte. La loi de 1838, constituant le socle législatif de l'hospitalisation sous contrainte jusqu'en 1990, ne prévoyait une intervention du juge qu'à posteriori (Vaillant, 2011).

#### *La loi du 27 juin 1990*

La loi de 1990 pose le principe d'hospitalisation libre comme étant la règle, les hospitalisations sous contrainte (alors nommées hospitalisation d'office et hospitalisation à la demande d'un tiers) étant l'exception et devant être règlementées. Par là même, elle marque un temps important pour l'extension des droits des patients hospitalisés sous contrainte et « fait entrer le patient psychiatrique dans le régime général de la relation médecin-malade » (Ehrenberg, 2005). Conformément à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, cette loi introduit le droit à l'information du patient au sujet de ses droits et de sa situation juridique. D'autres droits sont prévus, tels que la possibilité de contacter un avocat ou de prendre conseil auprès d'un médecin. Enfin, cette loi rappelle deux principes, par ailleurs repris dans la loi du 5 juillet 2011 : le respect de la dignité des patients hospitalisés sous contrainte et, la limitation des restrictions de l'exercice de leurs libertés individuelles à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée. Les droits prévus par la loi du 27 juin 1990 sont cependant peu respectés. Les patients saisissent très rarement le juge afin qu'il statue sur la mesure de contrainte (Vaillant, 2011).

Deux points semblent importants à relever ici. Premièrement, la « garantie de la liberté » et la « protection » des patients hospitalisés sous contrainte sont des aspirations constantes de la loi malgré les différents changements qu'elle connaît au cours des époques. Dès 1838, le juge y figure comme « protecteur » des patients (Rome, 2011). Deuxièmement, la question de la judiciarisation de la psychiatrie, bien qu'évoquée lors de la discussion de la loi du 27 Juin 1990, ne sera finalement pas prévue dans la loi. Le droit n'a pas sa place à l'hôpital et, réciproquement, les patients n'ont pas leur place au sein de l'institution judiciaire (Vaillant, 2011).

#### *Une question prioritaire de constitutionnalité*

La question prioritaire de constitutionnalité a été introduite le 1er Mars 2010. Elle prévoit que tout citoyen, à l'occasion d'un « litige », peut faire valoir que les « dispositions législatives applicables sont contraires à la Constitution ». Le conseil constitutionnel se voit alors « saisi de l'inconstitutionnalité de la loi du 27 juin 1990 » et rend un avis le 26 Novembre 2010. Il considère que le maintien au-delà de 15 jours d'une mesure de contrainte, reposant seulement sur un certificat médical, va à l'encontre de l'article 66 de la constitution qui confie à la justice la mission de garant de la liberté individuelle. Aussi, il déclare inconstitutionnels les articles relatifs à l'hospitalisation sous contrainte et ordonne l'intervention d'un juge dans ce cadre. Il impose au législateur de prendre les mesures nécessaires à la mise en conformité des textes avec la constitution avant le premier aout 2011.

Le législateur pour répondre à l'injonction de mise en conformité du conseil constitutionnel ne choisit pas d'élaborer les mesures strictement nécessaires mais décide de mettre en place un nouveau texte. Il inclue ces dispositions dans un projet de loi sur les soins psychiatriques sans consentement, alors en débat à l'assemblée. Ce projet aboutira à l'adoption, le 5 juillet 2011, de la loi « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Il semble



important de souligner ici que la décision du conseil constitutionnel a replacé la liberté individuelle comme principe fondamental. Les personnes hospitalisées sous contraintes ont été dès lors reconnues comme privées de liberté. Toutefois, cette décision est intervenue dans un contexte où la question de la liberté individuelle des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie ne semblait pas être une priorité. En effet, la loi sur les soins psychiatriques sans consentement alors en cours d'élaboration, visait notamment à instaurer des soins ambulatoires sous contrainte et à durcir les règles concernant les patients hospitalisés suite à une décision du représentant de l'Etat (Rome, 2011 ; Vaillant, 2011).

### *La loi du 5 juillet 2011*

La loi du 5 juillet 2011 organise deux moments de « contrôle » des hospitalisations sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD), à quinze jours et à six mois, le premier « contrôle » étant passé à douze jours lors de la révision de la loi en 2013. Le JLD a pour mission de se prononcer sur le bien-fondé de la mesure de contrainte, son rôle n'étant pas de trancher un litige. Il peut dans certains cas, décider de la main levée de la mesure. S'il est saisi en dehors des délais impartis, par exemple, la main levée est acquise. Si un programme de soin doit être mis en place, le JLD peut reporter la mise en effet de la main levée dans un délai de 24 heures maximum. Il peut également demander une expertise, cela lui donnant un délai de 14 jours supplémentaires pour rendre une décision. (Rome, 2011)

La loi du 5 juillet 2011, créée en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité, vise donc à garantir la liberté individuelle des patients hospitalisés sous contrainte en psychiatrie grâce à l'intervention du juge des libertés et de la détention et, par là même à développer les droits des patients.

## *Tensions dans le monde juridique*

Ainsi la loi de 2011 intègre un nouvel acteur majeur dans le processus d'hospitalisation sous contrainte, le JLD. En nous appuyant sur une description du déroulement des audiences, désormais obligatoires pour ce type d'hospitalisation, nous dégagerons dans cette partie, plusieurs traits saillants de la pratique des JLD : *la prise de décision, le recueil de la parole et, l'acquisition d'une expertise.*

### *Prendre une décision : entre procédure et protection*

Avant chaque audience, le patient réalise un entretien avec son avocat – qui a pris connaissance de son dossier afin de mieux comprendre sa situation. Suite à cette discussion préliminaire, l'audience peut commencer. Dans la salle d'audience, le juge fait face à un grand bureau. Un écran est disposé à sa droite, le greffier est à sa gauche retranscrivant les échanges sur son ordinateur. Enfin, le patient et son avocat leur font face. Les juges commencent l'audience avec le même type de discours :

*« Donc, voilà, en cas d'hospitalisation sur décision du Représentant de l'État, c'est pour ça que vous êtes hospitalisé, la loi prévoit dans ce cas-là que vous ne pouvez pas rester plus de 12 jours à l'hôpital sans l'autorisation d'un juge. C'est pour ça que vous êtes devant moi aujourd'hui. C'est ce qu'on appelle le juge des libertés : je suis là pour voir si la procédure a été bien faite et si le nécessaire a été effectivement convenable pour vous et bien-sûr si vos droits et vos libertés ont été bien respectés. » (Observation 28/4/16)*

Le juge explicite donc sa fonction ainsi que le principe du « nouveau » contexte législatif. Cela montre la place du patient, censée être centrale, au cours des audiences, présentées comme une opportunité pour le patient d'exprimer son point de vue.

Le but de ce type d'audience est de permettre au juge d'émettre un avis et de prendre une décision. « *Mon rôle c'est vraiment de prendre une décision dans un dossier précis, et de tenter de faire comprendre à la personne pourquoi je prends cette décision* » (JLD d'un hôpital d'île de France). La décision prise par le juge est principalement de prononcer le maintien ou la levée de l'hospitalisation sous contrainte, en particulier pour « vice de forme ». Ces « vices de forme » peuvent prendre la forme d'erreurs dans les certificats sur l'identité de patient ou sur celle des tiers, d'un retard dans l'envoi des certificats et des notifications, etc. Le plus souvent c'est l'avocat du patient qui soulève un « vice de forme », entraînant par conséquence une « nullité ». « *L'avocat est là pour vérifier la régularité de la procédure, pour écouter les personnes...ce qu'ils disent, et le magistrat il tranche après avoir écouté la personne* » (JLD, hôpital en île de France). En théorie le rôle du juriste est de faire respecter des procédures, peu importe l'état actuel du patient, « [...] nous sommes des juristes et c'est aussi ça un Etat de Droit sinon c'est l'arbitraire ». Au cours d'une audience, un JLD dira à un patient « *mon rôle n'est pas de juger votre comportement, de savoir si c'est bien ou non... le but est de savoir si on poursuit ou non l'hospitalisation* » (journal de terrain). Cependant la nullité reste rare, « *il y a plein de nullité qui me sont soulevées mais qui pour moi ne tenaient pas* ». De plus, en pratique la conception du droit des patients reste floue pour les JLD :

« *C'est une loi qui est compliquée à appliquer parce qu'on est dans une matière un peu délicate. Il y a effectivement la protection des droits individuels des patients. Et après, il y a d'autres droits qu'il faut protéger aussi : Droit à la vie du patient, de son entourage, des gens qui se promènent dans la rue* » (JLD, hôpital en île de France).

Elle est également floue dans la définition du rôle de chacun :

« *Si on fait du droit pur sans se préoccuper des situations humaines qu'on a devant nous, c'est complexe, ça peut être dangereux, et finalement pas protecteur du patient. Et en même temps il faut aussi faire attention à ce que disent les psychiatres et pas*

*mélanger le rôle de chacun dans le domaine, donc c'est pas une loi facile à appliquer pour personne ».*

Le juge peut alors choisir de privilégier la protection de la personne même si un « vice de forme » est soulevé. En cela les JLD doivent se situer à la fois sur le respect du droit des patients à aller et venir – reposant sur l'observation stricte par les médecins de la procédure d'hospitalisation sous contrainte – et la protection des patients contre eux même – avec l'idée qu'en cas de main levée ils pourraient se mettre en danger. Cette tension entre régularité de la procédure et protection des patients s'illustre dans la difficulté qu'ont les avocats à trouver leur place dans la procédure :

*« L'autre fois, je me suis fait engueulée par un juge car j'avais demandé une mainlevée. Il disait que j'étais folle. Mais si nous ne le faisons pas... quel est notre rôle ? » (Avocate, journal de terrain).*

On peut ainsi supposer que les JLD ne conçoivent pas cette loi comme humaine en elle-même mais que c'est l'application qu'ils en font qui peut le devenir.

#### *Recueillir la parole des patients : entre parole rationnelle et pathologique*

Les juges sont dans ce cadre, chargés de recueillir la parole des patients tout en s'assurant que l'audience reste circonscrite dans le temps « *Au début j'étais tellement... que j'avais tendance peut-être à laisser un peu les gens parler et déborder ; et puis on se rend compte qu'à la fin que de toute façon ça sert à rien. Et puis, et puis il faut tenir l'audience.* ». Ainsi, nous voyons que cette parole peut être sujette à caution. Cela débouche sur une nouvelle tension dans le travail juridique entre une parole rationnelle ou pathologique :

*« Je bloque un peu la parole... parce que les laisser... dans leur délire, ça peut leur faire croire qu'on y adhère, et qu'on est d'accord. » « Il y a un dialogue, c'est à ça que sert l'audience. Mais il faut la resituer par rapport à la maladie » (JLD, hôpital en île de France).*

Cependant la place de cette parole reste fragile, l'absence d'un patient à une audience pouvant rendre plus simple la prise de décision, réduisant le temps de l'audience et donc la charge de travail. Ce cas de figure montre une tendance dans les audiences à ne pas prendre en compte une parole définie par les professionnels comme pathologique. Ainsi la place de la parole du patient reste prise entre deux pôles, au même titre que la décision du juge : donner au patient le droit à une parole libre ou catégoriser cette parole comme étant un signe de pathologie. Le premier aspect, celui de la parole libre renvoie directement à la conception d'Alain Ehrenberg, abordée en introduction, de l'individu sommé d'être autonome et responsable. Cependant, le patient doit prendre des décisions en adéquation avec les attentes des dispositifs institutionnels (Velpry, 2008). C'est le sens de la question que posent tous les JLD lorsqu'ils demandent au début de chaque audience « *Qu'est-ce que vous voulez, que l'hospitalisation s'arrête ou qu'elle continue ?* ». Cette conception est ainsi contrebalancée par le fait que les JLD perçoivent certains discours comme étant une manifestation d'altération de l'autonomie et de la responsabilité. Cette perception est au cœur du jugement qu'opère le juge lors de ces audiences. Les JLD fondent donc leur pratique sur ce jugement légitimé par une expertise qu'ils revendiquent.

### *L'expertise des JLD*

Les JLD mettent en avant une certaine expertise concernant la maladie mentale. Cette expertise semblerait reposer sur une conception de la maladie mentale proche du sens commun. Tout en se différenciant des médecins, les JLD se disent familiers du vocabulaire psychiatrique, d'une part grâce à la formation qu'ils ont eu avant de prendre le poste mais aussi avec l'expérience :

« *On a une formation psychiatrique qui est... enfin on n'est pas psychiatre qu'on soit d'accord « rire ». Mais qui nous permet justement d'appréhender les cas* » (JLD, hôpital en île de France).

Ils apprennent ainsi à appréhender ce qui est grave et ce qui l'est moins :

*« Voyez par exemple le patient qui avait une crise d'hallucination, ça veut dire que son état psychiatrique est grave. Quand vous voyez qu'il a des symptômes dépressifs comme [nom du patient] avait, anxieux, dépressif...ça peut arriver, ce sont des cas moins graves ».*

Lors des audiences, le juge confronte le certificat du médecin et ce que dit le patient. De façon pratique, le juge prend connaissance des documents envoyés par le service psychiatrique juste avant l'audience, préparés au préalable par la greffière. Pour une des juges, le moment de rencontre du contenu du certificat avec la parole du malade pendant l'audience doit faire l'objet d'une grande prudence : si le patient ne semble pas présenter de troubles, c'est qu'il les dissimule peut être. Dans ce cas, la prudence s'exerce, en prenant du temps, jusqu'à ce qu'émerge des preuves que l'hospitalisation sous contrainte est justifiée. C'est le cas par exemple, lorsqu'une patiente finit par dire que son ami imaginaire la conseille au bout de quinze minutes d'audience. Mais il peut arriver que le juge ait l'impression qu'elle ne l'est pas car le contenu des certificats diffère trop de ce qu'il observe. Il peut alors demander une main levée ou demander une expertise :

*« Quand vraiment je me dis là ça colle pas entre les certificats que j'ai et l'entretien que j'ai eu, quand vraiment il y a un truc, bah alors j'ordonne une expertise » (JLD, hôpital en île de France).*

Cependant il ne s'agit pas d'une concertation avec le médecin, les contacts entre les deux mondes étant assez réduits. En cas de main levée, ce contact se traduit plutôt par une information au service :

*« On a tout de suite avisé le personnel médical de la décision que l'on prenait et du pourquoi. Mais c'est plus ça, pour les aviser de quelque chose, que de prendre contact ».*

En cas de main levée, le parquet, duquel dépendent les JLD, peut faire appel dans les 6 heures. Le JLD exerce donc son expertise dans l'espace institutionnel qui lui est dévolu. Si cette expertise s'applique principalement au respect des conditions de l'hospitalisation sous contrainte, celle-ci peut prendre l'aspect d'un jugement sur l'état psychiatrique du patient, circonscrit à l'état actuel de ce dernier. En cela on peut dire que le JLD, à l'instar du médecin, a un rôle consultatif. Ce jugement, fondé sur le statut attribué au discours – pathologique ou rationnel – semble de plus être déterminé par l'avis préalable du psychiatre. En effet, en ce qui concerne les sujets annexes, ne concernant pas directement la restriction de liberté, les JLD renvoient systématiquement les patients à leur médecin, pour des permissions, un passage en programme de soin, un ajustement du traitement, ou à l'assistante sociale, pour demander une allocation adulte-handicapé, par exemple. Si le juge n'accède pas à la demande du patient de levée de la mesure, il aura tendance à affirmer son accord avec le médecin et à encourager le patient à aller également dans ce sens :

*« On leur explique que ce n'est pas tout de suite et de faire confiance à leurs médecins et que si vraiment ça va pas ils peuvent demander la main levée de la mesure ».*

Le JLD énonce alors le plus souvent les comportements notés par les psychiatres sur les certificats ayant motivé la contrainte, mais aussi par le préfet en cas de SDRE. Quelle que soit l'issue, si le juge s'aligne avec la position du médecin, il peut s'en faire le porte-parole en rappelant au patient son statut de malade et les obligations qui sont les siennes.

Dans sa pratique quotidienne, le JLD est ainsi conscient de « gérer de l'humain » (JLD, hôpital en île de France). On peut comparer cette dimension à la pratique des juges des enfants (Bastard et Mouhanna 2008/1). Les juges des enfants ont à proposer des mesures éducatives mais tout en gardant la possibilité d'utiliser une contrainte, sous la forme de sanctions pénales, et donc l'éventualité d'une détention comme levier possible dans la recherche de solutions. Dans cette recherche, l'audience a un rôle primordial. *« Ce moment*

*particulier de face à face avec les familles et avec les jeunes, dans lequel tout peut se décider* » (p.129). Comme le juge des enfants, le JLD doit donner un avis consultatif sur le devenir d'un être humain, avec la latitude institutionnelle qui leur est laissée. L'audience est utilisée par ces deux types de juges pour appuyer une décision. Il doit entendre la volonté des personnes tout en appliquant des mesures contraignantes qui, selon lui, pourraient leur être profitable à long terme. Ainsi pour les JLD, leur fonction consiste à émettre un avis expert sur la gestion du devenir d'un être humain en trouvant un compromis entre d'une part *le respect de la procédure* de restriction des libertés et la nécessité de *protéger le patient* en lui assurant une sécurité à long terme. Cette expertise semble être fondée par une perception quasi-profane de la maladie mentale, ce regard ayant été mis en place dans le but de contrôler une pratique médicale contraignante par la société. Ce compromis ne se fait pas dans un vide institutionnel, il se place dans le contrôle de l'activité d'une autre institution : l'hôpital psychiatrique. La justice rendue par les JLD est donc une activité bien particulière puisqu'elle n'est pas une activité pour elle-même mais une activité de régulation d'une autre institution. Nous verrons dans la partie suivante que les psychiatres peuvent ainsi avoir le sentiment de pratiquer une « psychiatrie sous contrainte ».

### ***Entre responsabilisation et bureaucratisation : une psychiatrie sous contrainte***

*« Psychiatres des hôpitaux c'est pas pour faire du pognon, c'est pour avoir une relation humaine et personnelle avec les gens. »* (Psychiatre hospitalier d'Ile de France, à la retraite)

Nous retrouvons, dans cette définition de l'exercice des psychiatres des hôpitaux, l'aspect humain, présumé par la loi de juillet 2011. Nous devrions alors retrouver dans le



discours des psychiatres un accord total vis-à-vis de la nouvelle législation, entrée en vigueur voilà cinq ans, concernant le processus d'hospitalisation sous contrainte. Or, lors de notre enquête, les différents acteurs de ce monde psychiatrique nous ont tenu un tout autre discours. Cependant voir le monde psychiatre comme un ensemble homogène ne semble pas résister à l'analyse approfondie. En effet, nous avons identifié deux types d'avis concernant l'application de la loi, et donc de cette manière d'humaniser la médecine. Malgré cette divergence une conception commune peut néanmoins être dégagée, cristallisée par les sentiments de *responsabilisation* et de *bureaucratization* de la pratique psychiatrique.

### *Deux types de discours*

Tout d'abord, certains psychiatres tiennent un discours résolument opposé à la configuration actuelle des soins sans consentement. En effet, pour eux la loi de 2011, au lieu de mettre en place un fonctionnement protecteur vis-à-vis de l'intérêt des patients, est avant tout sécuritaire et facilite les placements sous contraintes. Cet aspect sécuritaire est ici lié à une contrainte forte qui pèserait désormais sur les psychiatres et qui les responsabiliserait à outrance. Cette responsabilisation serait liée à une double suspicion qui prendrait en tenaille les professionnels de la santé mentale :

*« Moi je suis plutôt opposée à la loi, parce que je trouve qu'elle est très sécuritaire [...] Donc si tu veux, je trouve que cette loi est faite pour nous responsabiliser avec ça et nous dire : « si il se passe quelque chose, vous aviez les outils pour que ça se passe pas. ». Sauf que c'est faux, bien évidemment, on a pas les outils pour évaluer la dangerosité, [...] Donc je trouve que la loi facilite l'enfermement et facilite beaucoup la contrainte, c'est le but. »*  
(Psychiatre d'un hôpital psychiatrique d'île de France)

*« Soit nous sommes soupçonnés d'enfermer les gens qui n'ont pas à l'être, soit nous sommes soupçonnés de libérer des gens qui sont fous comme des lapins et de dangereux criminels en puissance »* (Psychiatre hospitalier d'Ile de France, à la retraite)

De plus, cette loi serait en contradiction avec l'idéologie de la psychiatrie de secteur et renverrait la psychiatrie à la fonction de contrôle social qu'elle avait, à l'époque où la psychiatrie était asilaire (Goffman, 1968 ; Foucault, 1976). Cette loi, plutôt que de tendre vers le droit des patients et donc vers une prise en charge humaine laissant une place sociale à la folie, serait ici une réassignation à un exercice autoritaire de la psychiatrie :

*« Cette espèce de contrainte sécuritaire sur les psychiatres, c'est quelque chose de très mal vécu et cela d'autant plus que toute l'histoire de la psychiatrie de secteur voulait sortir de ce rôle de maton que la société voulait lui octroyer »* (Psychiatre hospitalier d' Ile de France, à la retraite)

Une autre conception, plus nuancée, est visible parmi les psychiatres. Pour certains, cette loi présente des aspects positifs, notamment son rôle de garde-fou qui permet une meilleure protection des intérêts des patients. Ainsi, sachant que leur décision sera évaluée ultérieurement, ces professionnels adoptent une pratique plus mesurée et ne tombent pas dans une forme de facilité qui consisterait à prolonger l'hospitalisation afin de prendre une décision tardive :

*« Le côté positif, c'est que ça nous oblige à être beaucoup plus vigilant sur les contraintes. Il y a un juge dans l'histoire qui est le garant de la liberté et de la légitimité des mesures de contraintes, bien qu'il n'ait pas de formation clinique. Ça nous oblige quand même à ne pas maintenir une contrainte de manière euh... excessive à titre de précaution. »* (Psychiatre d'un hôpital psychiatrique d'Ile de France)

De plus, pour ce type de discours, cette loi est vue comme ayant « contrarié les politiques ». En effet, un psychiatre, nous a rapporté lors de notre observation au sein d'un service psychiatrique, la peur qu'il avait ressentie avec l'ensemble du milieu psychiatrique, selon lui, face à la volonté de mettre en place le retour des « fous » à l'hôpital. Cette peur ayant été engendrée suite au discours de décembre 2008 du président de l'époque à Anthony, Nicolas

Sarkozy<sup>1</sup>. Cette loi serait alors venue tempérer cette aspiration d'un retour de la psychiatrie asilaire.

Malgré la présence simultanée du ressenti d'un tournant sécuritaire envers la psychiatrie, nous voyons ici deux acceptations opposées de la loi. D'une part elle participerait à cette atmosphère sécuritaire, et de l'autre elle viendrait freiner ces aspirations. Cependant, un point commun semble se dégager, portant sur la responsabilisation et la bureaucratisation.

### *Responsabilisation des psychiatres*

Ainsi, malgré des divergences de points de vue, les psychiatres relatent souvent une crainte vis-à-vis de la responsabilité qu'engendre, selon-eux, le contexte législatif actuel. Les psychiatres mettent en effet en avant le fait que les responsables dans cette loi, c'est eux. Cependant, un flou plane autour de cette question et nous pouvons nous demander si ce n'est pas le fruit d'une forme de fantasmatisation des répercussions de la loi. Pour exemplifier ce rapport à la loi et ce sentiment de responsabilité, voilà ce qu'un psychiatre nous a dit lors de nos observations. Cet extrait de journal de terrain correspond à l'éclaircissement que ce psychiatre nous a donné à propos d'une discussion s'étant déroulée au moment du « staff » du matin sur le rôle des psychiatres d'équipes mobiles de psychiatrie<sup>2</sup> :

*Nous avons discuté avec ce psychiatre sur le rapport entre les psychiatres des « équipes mobiles légales » et le psychiatre des urgences. Je n'avais pas bien compris le problème que pouvait poser le fait qu'un psychiatre d'équipe mobile demande une SDRE. Il me dit d'abord : « parce que le patient n'a pas encore vu un somaticien et si ça se trouve il s'est cogné la tête, ou il a un cancer, ou une hémorragie du cerveau ». Il rajouta qu'en plus, les psychiatres de garde aux urgences refusent de revoir un patient pour lequel un psychiatre de*

---

<sup>1</sup> Un article du *Monde.fr* publié 3 décembre 2008 avait pour titre : « Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire ». [http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire\\_1126307\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html) (consulté le 14 juin 2016)

<sup>2</sup> Les équipes mobiles de psychiatrie légales sont chargé en partie de se rendre dans les commissariats afin d'évaluer l'état d'une personne mise en garde à vue et de se prononcer sur l'aptitude ou non à être en garde à vue. Si la personne est jugée inapte, elle devra être transférée vers des urgences pour une consultation « somatique » et « psychiatrique ».

*l'équipe mobile s'est déjà prononcé pour une SDRE. Je ne comprenais pas ce point. Il me dit alors qu'un psychiatre d'équipe mobile peut seulement « se prononcer sur la compatibilité d'une garde à vue » et que « s'il cite un l'article c'est mort », « s'il cite ça devient un document médico-légal, c'est un certif ». C'est-à-dire que n'importe qui peut se saisir de ça avec un avocat parce que ce document à « une valeur médico-légale ». Donc le refus du psychiatre des urgences de réévaluer une personne déjà évaluée par un psychiatre d'équipe mobile s'explique par le souci d'éviter le « croisement des deux avis ». Dans ce genre de situation les psychiatres de garde aux urgences sont en « pétard » parce que l'autre médecin à « cité l'article ». Ils disent alors : « Ils ne me laissent pas faire mon travail ». (Journal de terrain, Vendredi 22 avril 2016)*

Cet extrait est représentatif de la crainte que peut ressentir un psychiatre vis-à-vis de ce contrôle judiciaire et la possibilité de recours juridique de la part des patients et donc de risques judiciaires pour les professionnels qu'entraînent ces nouveaux « objets à faces multiples » (Dodier, 1992). De plus, cela va dans le sens de ce que mettait en avant le premier type de psychiatre concernant la responsabilité pesant sur leurs épaules.

Cette responsabilisation vécue par les psychiatres est étayée par une incompréhension du monde judiciaire. Pour les psychiatres, la justice est à géométrie variable ; « *la jurisprudence est extrêmement diverse et dépend beaucoup des juges, des JLD.* », de plus l'objectif du monde judiciaire n'est pas clair. Pour l'un des psychiatres que nous avons rencontré, l'hospitalisation n'est pas une « *affaire criminelle* » et il ne comprend pas « *pourquoi les avocats sont content lorsqu'ils réussissent à lever une SDT ?* ». Nous pourrions additionner les exemples. Ainsi, la mise en pratique de cette loi, qu'elle soit jugée d'emblée sécuritaire ou comme étant une avancée pour les patients, est avant tout globalement reçue comme étant une contrainte qui pèse sur les psychiatres sous la forme d'une responsabilité exacerbée liée à une crainte en arrière fond des conséquences juridique de leurs décisions.

## *La bureaucratisation*

Cette responsabilisation va de pair avec un sentiment de bureaucratisation de la prise en charge. En effet, la plainte liée à une surcharge de travail qu'engendre ce contexte législatif est quasi-omniprésent (Marques *et al*, 2013) et le renvoi systématique à « l'administration » en est un indicateur :

*« Le travail administratif est devenu considérable parce que il suffit que vous ayez eu un retard pour que les procédures ne soient plus valables. [...] Les secrétaires ont le soin de tenir à jour le calendrier, ce qui est un rôle extrêmement important. [...] si elles le sont pas c'est le désastre et si vous n'avez pas quelqu'un qui le fait »* (Psychiatre hospitalier d'Ile de France, à la retraite)

*« Avec la loi, il y a eu beaucoup de zèle de la part de l'administration. »* (Psychiatre d'un hôpital psychiatrique d'Ile de France)

Ces citations d'entretiens réalisés avec deux psychiatres montrent la place centrale de l'administration et le statut de pivot accordé dans ce contexte aux secrétaires médicales. Lors de nos observations en effet, la place des secrétaires nous est apparue tout aussi centrale dans l'application de la loi de 2011, leur rôle pouvant même s'étendre à la formation des internes en ce qui concerne la rédaction de certificat. L'interne présent dans le service nous a expliqué que la secrétaire lui avait montré un exemple de certificat, et que les psychiatres ne lui avaient nullement expliqué comment en réaliser. Cette bureaucratisation, qu'elle soit plus ou moins importante qu'avant la mise en place de la loi de 2011, cristallise les réponses et les critiques vis-à-vis de ce cadre législatif. En effet, pour certains psychiatres, cette loi a réduit leurs libertés. L'un d'entre eux exemplifie cette idée avec l'exemple des permissions, plus facilement réalisables avant la loi de 2011, selon lui : *« on pouvait donner plus de permissions avant », « avant nous avions une grande liberté », « Maintenant on ne peut plus faire ça »*. De plus, dans le même ordre d'idée, lorsqu'un patient se trouve à l'hôpital en « soins libre » – c'est -à-dire qu'il a choisi d'entrer à l'hôpital – s'agit et que son état nécessite qu'il soit placé

en chambre de soins intensifs, plus communément appelée chambre d'isolement, il est nécessaire de mettre en place une mesure de soin sans consentement. Il semble intéressant de noter ici que lorsque l'on a observé ce cas de figure, le psychiatre qui a placé le patient alors en soins libre, en chambre de soins intensifs avant de mettre en place une procédure d'hospitalisation sans consentement, nous a dit que la loi prévoyait un certain délai entre le placement dans ce type de chambre et la mise en place d'une hospitalisation sous contrainte, mais que dans tous les cas « *c'est la clinique qui prime* ». Ainsi, quelques heures plus tard, un proche de ce patient est venu rédiger une « demande de tiers ». Être en conformité avec la loi demande alors des stratégies de négociations importantes, que ce soit avec les proches du patient ou entre professionnels. Une hospitalisation sans consentement peut se faire sans la demande d'un tiers – cela est nommé péril éminent. Dans ce cas de figure, il faut qu'un médecin, n'exerçant pas dans l'hôpital où est hospitalisé le patient, signe un certificat de placement. De plus, les médecins doivent attester qu'ils ont réalisé le nécessaire afin de contacter un proche du patient, en vain. Pour cela, le service dans lequel nous étions, avait formulé un accord avec un centre médical de la ville afin qu'un de leurs médecins puisse se déplacer lorsque ce type de cas de figure apparaissait.

Quel que soit leur avis sur la loi, les psychiatres rencontrés au cours de cette étude nous ont fait part de ces deux dimensions : *la responsabilisation* et *la bureaucratisation*. Deux dimensions ayant une sonorité de processus, sous entendant une évolution croissante de la part de chacune dans le travail psychiatrique. N'ayant pas réalisé d'enquête avant 2011, nous ne pouvons ni affirmer, ni infirmer ces dires. Ainsi, nous nous sommes contentés de retranscrire les propos de ces professionnels et de les illustrer à travers des exemples tirés de nos observations. Cependant, ces aspects sont intéressants dans ce qu'ils omettent. Lorsque le monde psychiatrique parle de la justice il n'est fait nulle part mention d'une prise en charge plus « humaine ». Dans la conception « nuancée » de la loi, le rôle de garde-fou de la justice

est mis en avant. Ainsi, ce n'est pas une humanisation de la pratique dont il s'agit mais bien d'un contrôle de ce qui est censé être humain en soi. Cela étant attesté par l'affirmation selon laquelle « c'est la clinique qui prime ». Dans la première conception, radicalement opposée à la loi, cette dimension est d'autant plus frappante. Ainsi, cette loi qui semble avoir été pensée comme étant protectrice des droits des patients, est reçue de la part du monde psychiatrique comme étant un fardeau les menaçants à tout instant dans leur pratique. Pratique qui, à leurs yeux, comporte par essence une dimension humaine et une garantie vis-à-vis des droits des patients :

*« Pour moi c'est une évidence que certains patients ne peuvent pas consentir et ne peuvent pas s'imaginer qu'ils ont besoin de soins. J'ai jamais vécu ça comme quelque chose de tortionnaire »* (Interne de psychiatrie dans un service psychiatrique d'Ile de France)

## ***Conclusion***

Nous venons d'exposer les perceptions des mondes juridique et psychiatrique – ici représentés par les JLD et les psychiatres – de la loi du 5 juillet 2011. Alors qu'elle s'annonce comme protectrice des patients, et donc comme établissant un contexte de prise en charge plus humain, ces professionnels nous ont fait part, dans leurs discours, d'une toute autre acception. Malgré une hétérogénéité de points de vue, des grandes tendances émergent dans le discours des différents acteurs de ces mondes vis-à-vis de l'actuel contexte législatif. D'une part, les juges ressentent deux tensions principales au sein de leur pratique. La première de ces tensions nécessite l'établissement d'un équilibre entre le respect de la procédure et la protection du patient. La seconde est la réception du discours du patient, qui en psychiatrie peut revêtir deux statuts différents : rationnel ou pathologique (Velpry, 2008). En effet, le propre de la maladie mentale est de toucher à la subjectivité (Ehrenberg et Lovell (dir.),

2001). Cela nécessite donc l'établissement d'une expertise non médicale, qui semble par conséquent se reposer sur des conceptions profanes de la maladie mentale. D'autre part, les psychiatres ressentent quant à eux deux types de contraintes qu'ils attribuent à la mise en place de cette loi, la responsabilisation et la bureaucratisation. Une incompréhension, alimentée par une fantasmatisation du monde judiciaire, semble sous-tendre ces deux critiques. Cette incompréhension est alimentée par la rareté des contacts entre les différents acteurs, les échanges entre ces deux mondes passant par l'intermédiaire de ce que l'on a nommé « le cordon administratif ». Les échanges consistent en effet quasi-exclusivement à une circulation d'objets que sont les certificats et les ordonnances.

Cependant, une similitude semble se dégager au sein des discours portant sur cette loi ; ce n'est pas la loi en elle-même mais l'usage qu'en font les différents professionnels qui lui confère un statut protecteur. En effet, pour les juges, suivre à la lettre la procédure peut être néfaste pour le patient. Pour les psychiatres, ce qu'ils identifient comme une multiplication du travail administratif est tout aussi néfaste sur une pratique qui se veut être en elle-même protectrice envers les patients. Cette loi est donc vue par ces professionnels avant tout comme un dispositif de rationalisation de l'hospitalisation sous contrainte. Cette rationalisation donnerait à l'administration une place centrale, exposant ainsi ce type d'hospitalisation aux risques inhérents à la bureaucratisation (Merton, 1997 ; Crozier, 1971 ; Dubois, 1999).

Nous avons centré ici notre propos sur les JLD et les psychiatres. Toute fois de nombreux autres acteurs sont convoqués dans ce processus d'hospitalisation sous contrainte. Il serait donc intéressant d'analyser les conceptions de ces autres acteurs ainsi que de les mettre à l'épreuve de celles des JLD et des psychiatres – notamment celles des patients, directement touchés par cette évolution législative.



## ***Bibliographie***

- Barham, P., Hayward R., 1991. *From the Mental Patient to the Person*, London, Routledge.
- Bastard B., Mouhanna C., 2008, La fonction fait-elle le juge ? Une approche sociologique de l'activité du juge des enfants, *Archives de politique criminelle*, 1, 30, 119-134
- Béliard, A., Damamme A., Eideliman JS., Moreau D., 2015, C'est pour son bien. La décision pour autrui comme enjeu micro politique, *Sciences sociales et santé*, 3, 33, 5-14.
- Castel R., 1976. *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Les éditions de minuits, Le sens commun.
- Crozier M., 1971 (1963), *Le phénomène bureaucratique*, Seuil
- Dodier N., 1992. *L'expertise médicale, essai de sociologie sur la pratique du jugement*, Paris, Métailié, Leçons de choses.
- Dubois V., 1999, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Economica
- Ehrenberg A., Lovell AM. (dir.), 2001, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Editions Odile Jacob.
- Ehrenberg A., 2010. *La société du malaise*, Editions Odile Jacob.
- Ehrenberg A., 2005, La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale, *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 17-41
- Fauvel A., 2008, Avant-propos, *Romantisme*, 3, 141, 3-9
- Foucault M., 1976. *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Tel.

Goffman E., 1968. *Asiles. : Etude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Les Editions de minuit, Le sens commun.

Marques A., Daoud V., Stamatiadis L., Chaltiel P., 2013, La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ? , *L'information psychiatrique*, 2, 89, 171-177.

Merton R. K., 1997 (1965), *Eléments de théorie et de méthode scientifique*, Armand Colin

Rome I., 2011, Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient, *L'information psychiatrique*, 10, 87, 757-762.

Swain G., Gauchet M., 1994, *Dialogue avec l'insensé – A la recherche d'une autre histoire de la folie*, Gallimard

Vaillant C., 2011, L'intervention du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011 : les premiers obstacles rencontrés, *L'information psychiatrique*, 10, 87, 763-768.

Velpry L., 2008. *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Armand Colin